

MÉMOIRES ET FAITS ORIGINAUX.

I

ETUDE CLINIQUE SUR LES VÉGÉTATIONS  
ADÉNOÏDES DU RHINO-PHARYNX

Par le Dr L. COUËTOUX, de Nantes.

Dans un article publié le 13 décembre 1888 dans la *Revue générale de thérapeutique*, j'ai attribué le pytalisme dit essentiel de l'enfance à la coïncidence de végétations adénoïdes pharyngiennes. Cette assertion reposait sur la constatation répétée de ce symptôme chez mes malades atteints de végétations, sur la coïncidence du pytalisme et des végétations pharyngiennes chez l'idiot (Dr Balme). Je manquais à cette époque de documents assez nombreux pour appuyer solidement l'opinion que je me suis formée depuis, et mon but était surtout de faire appel aux médecins encyclopédiques. Je pensais en effet ne pouvoir trouver dans ma clientèle spéciale des cas assez typiques, de ces cas où la santé générale se trouve atteinte par l'humidité persistante d'une bave continue, où la mère en arrive à n'avoir d'autres occupations que celle de changer sans cesse le linge de corps et les vêtements humectés par la salive.

Depuis, j'ai pu appuyer mes convictions de plusieurs observations nouvelles. Elles m'ont paru d'autant plus intéressantes que j'ai eu l'étonnement de voir le Dr Moncorvo, dans son travail sur l'asthme, innocenter de la production de cette affection les végétations du pharynx, alors qu'il reconnaît que les variations brusques de température conduisent des troubles bronchiques aux lésions emphysémateuses. Si les végétations produisent le pytalisme dangereux dont j'ai parlé, elles ne peuvent être considérées comme sans rapport avec l'asthme.

Ayant depuis 1880 l'habitude de prendre par écrit les

observations qui présentent quelque intérêt, j'ai repris la lecture de mes livres et relu en détail ce que j'ai observé depuis cette époque sur les malades que j'ai traités d'affections du nez ou de l'oreille.

Cette étude rétrospective devait, dans la première forme que je voulais lui donner, être une statistique ; mais il me semble qu'un travail remontant aux débuts de la pratique d'un médecin est sujet à caution au point de vue statistique. Car dans les observations que j'ai prises de 1880 à 1883, je trouve peu de végétations pharyngiennes, tandis que depuis j'en rencontre chez la majorité des enfants qui se présentent pour des affections de l'oreille. Maintenant enfin, j'en opère environ deux cas par semaine, et mes succès me paraissent augmenter en proportion. Je mettrai tout simplement sous les yeux du lecteur les conclusions auxquelles m'a conduit la pratique médicale et les appuierai de quelques observations qui me sembleront particulièrement concluantes.

Que dire, du reste, des statistiques, lorsque nous voyons Knapp accuser 8 0/0 de pertes à la suite de cataracte, tandis que tout dernièrement encore un oculiste de Paris lui répond par la sienne, où il accuse 1 perte sur 100. Que dire, sinon que ces chiffres indiquent, en raison inverse de leur élévation, la modestie de l'auteur et rien autre ? Pour la bonne foi ils sont vrais et ils sont faux, il suffit de s'entendre.

En parcourant mes observations, dont une partie a été rassemblée pendant cinq années d'exercice dans un bourg de Maine-et-Loire, j'ai été frappé de ce double caractère de l'oto-rhinologie d'avoir un rapport immédiat avec la médecine encyclopédique des enfants, tant à la ville qu'à la campagne. Dans les deux milieux ce sont les mêmes affections du nez et de l'oreille, à part la syphilis, tandis que pour les maladies des yeux il en est tout autrement, et le meilleur oculiste dont la clientèle aurait été limitée à celle des paysans, se trouverait fort embarrassé devant les lésions multiples et protéiformes que lui réserve la clientèle des infectés tandis qu'il fleurissent les granulations conjonctivales.

Il est bien heureux qu'il en soit ainsi, car l'étude du rhino-

pharynx importe bien plus au médecin occupé de pédiatrie que l'étude des affections oculaires, à part la conjonctivite purulente. D'ailleurs, les efforts du médecin dans les affections de l'oreille et du pharynx chez l'enfant sont récompensés par des succès bien autres que le traitement des affections oculaires de cet âge si riche en opacités cornéennes appelées à durer autant que la vie. La pratique m'a aussi donné cette conviction difficile à justifier et à pousser au delà d'une simple probabilité, que les affections nasales de l'enfance retentissent souvent sur la cornée, ainsi qu'on l'a affirmé récemment.

Je crois que le fait de traiter les affections nasales met plus d'enfants à l'abri des affections cornéennes que tous les remèdes employés jusqu'à ce jour. Et même à l'âge adulte, la cautérisation des cornets m'a semblé parfois le seul remède sérieux contre des récidives opiniâtres de kérato-conjonctivite consécutives à d'anciennes opacités cornéennes, et coïncidant lors de leurs apparitions successives avec un gonflement et une hyperémie de la région nasale.

J'ai, au contraire, été frappé de l'importance minime que prennent, au point de vue du résultat final, les soins donnés à la muqueuse nasale en présence d'un larmolement. Ici, bien qu'il soit bon d'employer les douches de Weber et surtout de faire usage de poudre d'acide borique, d'attouchements avec une solution de nitrate d'argent, je ne puis dire, pour ma part, en avoir obtenu des résultats bien appréciables. Quelquefois, au contraire, j'ai vu les malades se féliciter de cette intervention. Mais c'est encore ici l'ancien traitement qui tient la première place, à savoir le cathétérisme des voies lacrymales. Ces quelques généralités m'étant pardonnées dans une étude essentiellement clinique, je reviens aux végétations adénoïdes du pharynx.

*Végétations du pharynx.* — J'ai l'habitude de constater la présence ces végétations pharyngiennes par le toucher digital. Sans doute le miroir rhinoscopique postérieur en fait parfois apercevoir des portions qui se détachent de la masse, mais les végétations de la voûte, découvertes par le

miroir placé en face d'elles, ne laissent soupçonner ni la profondeur de leur masse ni même la saillie des parties en relief. Ces deux moyens, le miroir, le toucher digital peuvent être inapplicables, le miroir, à cause de l'intolérance du malade, le doigt à cause de sa brièveté relative par rapport à la région à atteindre. C'est assez souvent mon cas. Alors je trouve qu'une sonde rhino-pharyngienne, dont le pas de vis terminal a été recouvert d'un peu de ouate hydrophile trempée dans une solution appropriée, chlorure de zinc, nitrate d'argent, appuyée fortement de bas en haut sur la région pharyngienne et, proménée à droite et à gauche, donne souvent la sensation du craquement particulier aux végétations qu'on déchire : le sang qui recouvre l'ouate ajoute à l'importance du symptôme. En même temps, cette petite opération agit comme traitement topique.

Quand faut-il opérer les végétations du pharynx ? C'est là un point sur lequel je pourrai dire que personne ne s'entend. Pour moi, je considère que les végétations peu développées, ne provoquant aucun trouble, avec respiration nasale facile, doivent être respectées ou traitées seulement par l'attouchement avec la sonde pharyngienne, comme je l'ai dit tout à l'heure. Je ferai toutefois exception pour deux cas : lorsqu'il s'agit d'un jeune aveugle, parce qu'on doit songer que cet enfant n'appellera peut-être pas assez tôt l'attention sur des troubles auriculaires dont l'atteinte pour lui est particulièrement grave ; et enfin pour le sourd-muet. Chez ce dernier, je suis d'avis d'opérer aussitôt que les végétations ont quelque importance, parce qu'elles gênent parfois singulièrement l'émission de la voix ; j'ai eu occasion, à l'école des sourds-muets de Nantes, de voir non pas un seul, mais de nombreux enfants, dont l'éducation est positivement entravée par la présence de végétations pharyngiennes et palatines (amygdales). C'est, à mon avis, un tort grave de ne pas intervenir. J'ai déjà eu occasion d'opérer de petits sourds-muets atteints de végétations, alors même que je n'espérais pas la guérison, et j'ai vu les parents reconnaissants de la liberté de respiration, de la tranquillité de sommeil que j'avais procuré à ces petits



malheureux ainsi que d'une certaine acuité d'esprit dont les privait un état que l'on peut comparer à une sorte de coryza, d'entêtement continu.

Sans doute j'ai vu et je verrai encore bien souvent, car je n'en suis pas l'occasion, des enfants pour lesquels j'avais déclaré, et je le ferais encore, l'opération comme très indiquée, se remettre peu à peu d'une surdité déjà assez accentuée. Dans ce cas, le médecin qui a conseillé l'opération voit son opinion infirmée par le résultat final, au moins aux yeux de ses clients. Je doute fort qu'il y ait régression proprement dite des végétations dans ces cas ; il doit plutôt s'agir d'un développement de la région due à l'âge, quelquefois favorisée par les salins, l'huile de morue, l'iode. A mon avis, beaucoup de médecins regardent à tort les végétations comme un signe de lymphatisme. Je serais plutôt porté à regarder la sclérose, l'otite sèche comme souvent consécutifs à une régression des végétations à la suite d'irritations fréquentes. Ne voit-on pas de même une sorte de sclérose des paupières consécutive aux granulations. Y a-t-il assimilation entre ces faits ?

En tout cas, il faut reconnaître qu'il est parfois bien désagréable de prôner une opération assez grave pour nécessiter le chloroforme, de voir son éloquence impuissante à vaincre la frayeur de la famille et pour comble, d'être témoin d'une sorte de guérison paraissant complète à l'entourage de l'enfant. Faut-il pour cela ne se décider qu'en cas d'urgence absolue ?

L'observation suivante montrera que ces tumeurs non seulement sont loin de rétrocéder avec l'âge adulte comme on le croit trop souvent ; mais qu'elles peuvent ne provoquer que peu de troubles pendant une longue partie de l'existence, puis frapper, à propos d'une circonstance fortuite, l'organe de l'ouïe respecté jusqu'à ce jour. Cette observation ne représente pas dans mon esprit un cas rare, mais bien un cas rarement observable dans des conditions aussi favorables aux conclusions que je veux tirer. A ce propos j'ai été heureux de constater dans le traité qui vient d'être traduit l'embaras de Moldenhauer qui admet la rareté des végétations

chez l'adulte. Il se l'explique difficilement, car dit-il, je ne crois guère à la régression spontanée. Pour moi je n'ai pas le même embarras, je trouve les végétations fréquentes chez l'enfant, je ne crois guère à leur régression et je les trouve fréquentes chez l'adulte au moins dans notre région, et aussi fréquentes dans le pays nantais pauvre en goître que dans l'Anjou bien plus riche en cette dernière affection. Je dois m'excuser d'une prétention excessive en venant me mettre en opposition avec un médecin de la valeur de Moldenhauer; mais il s'agit d'un fait que j'ai constaté fréquemment par le toucher, et je crois pouvoir expliquer la divergence d'opinion par une autre circonstance que la différence des localités. D'habiles spécialistes experts dans le maniement difficile du miroir rhinoscopique, ne recourent pas assez au toucher, et je crois qu'ils perdent ainsi l'occasion de constater des végétations pharyngiennes que le toucher peut seul constater, bien que parfois elles soient abondantes. Il suffit pour cela qu'elles forment une couche sans relief.

L..., graveur, 65 ans, vit dans un appartement élevé et aéré, dans l'aisance, il m'est envoyé comme atteint de polypes du nez. Sa sœur, plus âgée que lui, ne l'a jamais connu respirant autrement que par la bouche. Depuis 1869, à la suite d'un coup de soleil (probablement par pharyngite consécutive et ensuite lésions de la trompe) il n'entend que très mal à droite. Depuis 2 ans seulement l'oreille gauche a cessé d'entendre. En avalant sa salive il a la sensation d'un arrêt, d'un petit nœud. Le doigt porté derrière le voile entre jusqu'à la phalange dans une masse de végétations adénoïdes. Des deux côtés le manche du marteau est porté en arrière et en dedans traces de cicatrices sur les membranes tympaniques, oreille droite voix murmurée 10 centimètres, oreille gauche voix murmurée 9 centimètres. La narine droite permet un peu de passage de l'air mais non la narine gauche. La gorge est irritée et rouge. Je le fais se gargariser avec :

Bromure de potassium.....	7
Cocaïne de chlorhydrate.....	2
Eau.....	1000

et ensuite je pratique avec la pince pharyngienne de Mérière 4 extractions de végétations.

Quelques jours après il respire par les deux narines, surtout la droite. La tête est moins lourde (*oreille droite, voix murmurée 10 centimètres, oreille gauche, voix murmurée 12 centimètres.*) Toujours continuer les gargarismes.

Quinze jours après il revient me trouver se plaignant de ce que après avoir entendu très bien pendant quelques jours, il a vu cette amélioration cesser tout d'un coup (*oreille droite, voix murmurée 14 centimètres, oreille gauche, voix murmurée 4 centimètres.*) L'oreille droite coule depuis 3 jours. Je ne puis cathétériser la trompe et fais saigner le nez en le tentant sans succès. Le politzer échoue.

Ceci se passait en mai 88, et je ne revois mon malade qu'en octobre 88. Il m'avoue que la première opération fut si douloureuse, que pendant plusieurs jours la fièvre et la douleur à la gorge ont été telles qu'il avait renoncé à se faire traiter. Mais des malades guéris par le traitement qu'il a subi l'ont engagé à revenir, seulement il réclame la chloroformisation.

Je l'endors très facilement et l'opère de ses végétations. Il y en a tant que j'en laisse, surtout à droite, en arrière de la choane où elles font, comme il arrive assez souvent, un bourrelet. D'ailleurs je suis aveuglé par le sang des prises faites à gauche. Quelques jours après (*oreille droite, voix murmurée 12 centimètres, oreille gauche, voix murmurée 4 centimètres*), il m'avoue qu'il a toujours bavé la nuit sur son oreiller, qu'il a toujours été oppressé. Il n'a plus de bourdonnements à gauche, il en a encore à droite. La tête est libre. Il ne sait si étant petit il a bavé plus qu'un autre enfant.

Ainsi voilà un homme de 65 ans, dont les végétations n'ont retenti vers les oreilles que très tard. Le nez eût pu être libre par l'absence de bourrelets placés en arrière des choanes que l'opération des végétations faite pendant la jeunesse n'en eût pas été moins opportune.

Il n'est pas nécessaire, en effet, que le nez soit obstrué ainsi pour que les végétations soient cause d'otite grave. L'observation suivante en est une preuve intéressante. Mais comme tout à l'heure, il faudra remarquer que c'est pour un fait accidentel qu'on est venu se faire examiner. Les végétations jusqu'à 65 ans pour la première fois, jusqu'à 57 pour la seconde, ont été latentes pour le médecin sinon pour le malade, car en

remontant, on trouve presque toujours des traces de leurs effets dans les commémoratifs, dans l'étroitesse du nez qui s'est mal développé, ne fonctionnant pas ou mal, dans des granulations du pharynx, des céphalalgies fréquentes, etc.

M. M., 57 ans, bien portant et vigoureux. Depuis longtemps il n'entend pas bien de l'oreille gauche. Il vient me trouver parce que, à la suite d'un coup de fusil parti près de l'oreille droite, il y a quelques mois, il a cessé d'entendre de cette oreille. Interrogé, il me dit avoir toujours respiré comme un autre par le nez ; la gorge est un peu rouge, mais c'est peu de chose. D'ailleurs, dit-il, il s'agit bien de sa gorge et de son nez ! Végétations abondantes. Audition (*oreille droite, voix timbrée 14 centimètres, oreille gauche, voix timbrée 14 centimètres.*) A gauche, la membrane est concave, à droite perforée.

Une douche d'air amène l'audition à 0<sup>m</sup>75 des deux côtés pour a voix timbrée. Enfin il accepte l'opération des végétations et quelques jours après : (*oreille droite, voix timbrée 50 centimètres, oreille gauche, voix timbrée 14 centimètres.*)

Je vois souvent s'effrayer de l'opération des végétations adénoïdes, alors que l'ablation des amygdales, bien plus dangereuse, est acceptée avec presque trop de facilité, depuis que nous avons la cautérisation pour les détruire. Ne doit-on pas se demander si, en agissant ainsi, on est bien prudent et sage d'exposer un enfant à un danger continu, de contrarier son développement par une véritable privation d'air, et cela pour le soustraire à une opération que je n'ai jamais vu causer d'accidents graves, sauf dans deux cas, une première fois il s'agissait d'un enfant que je soumis à des prises successives, enfant anémique qui à la suite de l'une d'elles dut être soumis au tamponnement des fosses nasales.

Une autrefois et tout récemment il s'agissait d'une jeune fille de 30 ans atteinte d'emphysème datant de l'enfance avec cyanose considérable. Des hémorrhagies pouvaient être prévues et l'avaient été, mais la triste situation créée par l'emphysème décida à une opération que des hémorrhagies ont compliquée. Elle est trop récente pour que le résultat final au point de vue de l'emphysème puisse être indiqué.

Où s'arrêter dans ce parti pris d'opérer les végétations du pharynx ? Là comme en toute question de clinique chirurgicale interviendront le bon sens et l'honnêteté professionnelle. Pour moi, dans le doute, je penche résolument vers l'intervention. Au reste, la solution de la question me semble être dans l'intervention d'un mode opératoire moins barbare que les pinces ; à savoir l'électro-cautérisation.

Mais jusqu'ici nous n'avons pas d'électro-cautère commode à entretenir dans un cabinet de médecin, sans intervention d'un ouvrier spécial, et permettant d'obtenir assez d'ampères non seulement pour rougir un cautère de grosseur suffisante, mais encore pour le maintenir rougi ou blanc au milieu de masses abondantes et humides. Ainsi la plus forte machine de Chardin que l'on emploie pour ces cas et qui y est destinée donne bien trente ampères quelques secondes, mais s'éteint à peu près, dès le passage à travers les cornets inférieurs. Pourtant ce serait là la solution pour ces cas de végétation obturant les choanes chez des vieillards comme j'en vois un cas en ce moment. M<sup>lle</sup> S. 72 ans : a eu des polypes du nez du côté droit. Un chirurgien a fait extraire plusieurs de ces polypes avec des pinces, naturellement ils n'ont pu être enlevés par ce moyen très défectueux, offensif et aveugle ; j'enlève tous les polypes au serre-nœud ; mais la respiration n'est aucunement plus libre. Des végétations obturent la choane droite complètement. Mon électro-cautère s'y éteint sans succès, et avec raison ma malade refuse l'usage des pinces. Dans d'autres cas, chez les tout petits enfants de 6 mois, 10 mois, on hésite entre quelques insufflations d'air ou des prises. L'électro-cautère de petit volume introduit le long de la cloison qui est sans déviation à cet âge serait peut-être la meilleure solution. Je crois que la machine Gramme qui est mise à Nantes à la disposition des médecins pour les opérations d'électro-thérapie, est la meilleure solution du problème.

*Opération :* Au début j'opérais par prises isolées, le malade étant assis sur une chaise en face de moi. Aussi dans un cas, pour un jeune garçon de 11 ans, je faisais 5 séances et voyais à la fin mon malade refuser même le cathétérisme

par crainte de la douleur. Dans un autre cas, pour un enfant de 12 ans, j'observai ce fait, et l'ai souvent constaté depuis, que les prises deviennent de plus en plus douloureuses à moins de les éloigner beaucoup, et encore! après 6 séances j'étais forcé d'interrompre quelque temps pour reprendre ensuite sur un malade démoralisé. Dans un autre cas, sur un enfant de 10 ans, je faisais 5 séances et arrivai à la guérison du pharynx, mais l'enfant était bien fatigué de son médecin et se soumettait difficilement à tout traitement des perforations tympaniques.

Avec ce procédé, non seulement on arrive à déguster ses malades, mais encore on provoque bien plus de fièvre consécutive à l'opération, ainsi qu'on l'a vu à la lecture de la première observation (homme de 65 ans). C'est que la plaie qui reste est moins nette que celle consécutive à un nettoyage fait sur une surface de plusieurs centimètres; il reste pour ainsi dire un clapier au point de la prise. De plus, on observe des élévations et des abaissements de l'acuité auditive entre les séances opératoires, à cause de l'inflammation qu'elles occasionnent. Il est certain que l'action du froid est très néfaste après l'opération, et l'une de mes malades, n° 497, en est une preuve manifeste. Opérée sous le chloroforme, elle continua pendant les jours consécutifs et toute la saison hivernale à s'exposer au froid dès 5 à 6 heures du matin pour satisfaire à d'anciennes habitudes de dévotion. Ce n'est que plusieurs mois après l'opération que ses aveux m'ont expliqué la ténacité d'une irritation pharyngienne qui l'empêchait de bénéficier de son opération. Or, il est évident que les prises isolées obligent à une observation bien longue et bien difficile de précautions fastidieuses. Lorsque de la gêne ou de la douleur vers le rhino-pharynx persistent après ces séances, le meilleur moyen pour les calmer me semble la douche de Weber. On sait que Hack proscriit cette douche après la cautérisation nasale, mais ici le cas n'est pas le même.

Mais il y a mieux à faire que d'exposer ses malades et soi-même à tant d'ennuis. Déjà depuis longtemps le Dr Calmettes a adopté la chloroformisation. J'opère désormais toujours

sous le chloroforme lorsque cela est possible. Il est bien rare que, une pharyngite se présentant avec excès de végétations et gonflement des cornets, je fasse une ou deux prises isolées pour dégager les choanes : ce système donne sans doute parfois de bons et très bons résultats, mais il cause aussi souvent de vives douleurs qui se prolongent et indisposent les malades non conscients des raisons qui nous ont fait agir. J'opère toujours avec les pinces du Dr Ménière.

Le malade étant couché auprès d'une fenêtre, je le place la tête vers le côté gauche du médecin qui tourne le dos au jour. Si la tête était placée du côté droit, il y aurait pour le médecin obligation de mettre la main tenant la pince en extrême supination pour opérer le côté gauche du pharynx, à moins de tenir la pince, la paume de la main du côté de la courbure, ce qui diminue la force et amoindrit les sensations. Je n'emploie rien pour porter le voile du palais en avant. Une cuvette d'eau posée à mes pieds débarrasse facilement la pince après chaque prise. Je mets le doigtier de fer à la main gauche qui tient l'abaisse-langue. Sitôt la pince placée, l'abaisse-langue est rejeté, et si la bouche est grande, le doigtier est porté entre les dents en arrière. Je fais des prises jusqu'à ce que le toucher indique que la région est débarrassée. Le reste de la journée le malade prend un peu d'antipyrine.

Les résultats sont généralement satisfaisants. Ce qui a frappé tous les spécialistes, c'est la presque certitude du succès pour une opération dont les inconvénients sont minimes ; et je veux particulièrement insister sur l'inconvénient de retarder trop longtemps l'intervention. Si l'on attend trop, en effet, le mieux qui puisse arriver c'est qu'une supuration de l'oreille, une grande gêne de la respiration obligent à intervenir. Sinon on peut voir l'audition résister longtemps, nous avons vu même, jusqu'à la vieillesse, dans les observations précédentes, puis des accidents graves survenir. D'autres fois, nous pensons que la régression de ces tumeurs produit l'otite scléreuse ; mais, est-ce bien là la pathogénie la plus fréquente de cette affection ? Toujours est-il que ces personnes souffrent de maux de tête, de coryza dont

on cherche partout ailleurs la cause; Récemment encore, je voyais un père atteint d'otite scléreuse me confier ses quatre enfants à opérer de végétations adénoïdes énormes! Chez lui l'otite sèche n'était-elle pas une évolution de ces tumeurs. D'ailleurs, il y a longtemps qu'on a rattaché l'otite sèche à du coryza chronique, et quoi de plus efficace à entretenir cette affection que les végétations.

Malheureusement il y a parfois une conséquence bien plus précoce des végétations que l'otite sèche de l'âge adulte. Cette otite se développe parfois de bonne heure avec bourdonnements et surdité incurable.

J'ai 5 ou 6 observations au moins, où soit pour une oreille soit pour les deux, j'ai pu rétablir la perméabilité des trompes avec le Politzer sans obtenir de résultat sérieux pour l'audition.

Par contre (obs. 497), une jeune fille de 26 ans était sourde depuis 10 ans; *ord. vm.* 6<sup>cm</sup> *org. vm.* 5<sup>cm</sup>. Après l'opération des végétations et les attouchements du pharynx, je trouve *ord. vm.* 60<sup>cm</sup>. *org. vm.* 111<sup>cm</sup>. Dans un autre cas de 14 ans de durée, l'aspect est celui d'une otite scléreuse *ord. vm.* 8<sup>cm</sup>. *org. vm.* 3<sup>cm</sup>. 7 et 8 prises avec cautérisation nasale et gargarisme donnent à la fin *ord. vm.* 56<sup>cm</sup>. *org. vm.* 56<sup>cm</sup>. Des bourdonnements persistent et tourmentent le malade.

Dans tous ces cas, l'intervention fut utile et rétablit la perméabilité des trompes. Dans un seul cas, où les végétations étaient abondantes et où la surdité était consécutive à une fièvre typhoïde chez une jeune fille de 12 ans, je n'ai pu, malgré des prises nombreuses, puis l'intervention du chloroforme et un râclage énergique avec les pinces, rétablir cette perméabilité. J'ai vu une enfant de 3 ans atteinte d'une surditité recouvrer une bonne audition après une seule intervention, et je ne doute pas que parfois les végétations causent la surditité, surtout en considérant la diminution d'audition qui est parfois précoce chez les porteurs de ces tumeurs.

J'ai été frappé toutefois, dans un cas où l'audition était fortement atteinte, de ce qu'il ne s'agissait pas toujours de surdité bien ancienne. Le caractère que ma mémoire me



signale comme le plus propre à ces cas malheureux, est l'anémie des personnes qui les présentent, plutôt que le lymphatisme ou la scrofule. Ces malades ont dû être mis à l'usage des toniques, fer, ratanhia, arsenic, jusqu'à un jeune homme de 19 ans, d'aspect vigoureux dont une oreille est restée fort atteinte malgré la perméabilité rétablie et qui est poursuivi de bourdonnements surtout quand il ne prend plus de fer.

J'arrive au symptôme que je crois avoir été le premier à signaler comme dépendant des végétations adénoïdes. Le ptyalisme dit ptyalisme essentiel des enfants, ne dépendant pas de la gingivite, m'a été révélé comme ayant cette origine par les plaintes des parents. Comme dans la pratique de la médecine générale, cette infirmité s'est jadis présentée à mon observation, sans que je puisse renseigner les parents ni sur son origine, ni sur son traitement, malgré sa gravité réelle ; j'ai attaché une grande attention à la salivation et n'ai guère omis d'interroger les parents à ce sujet depuis deux ans.

Pour bien s'entendre, je dirai d'abord que toutes affections de la gorge gênant la déglutition, aussi bien une pharyngite qu'un coryza, des polypes du nez ou une hypertrophie des amygdales peuvent parfois provoquer un peu de salivation nocturne. C'est un fait banal avec lequel on ne saurait confondre une salivation excessive à laquelle sont parfois sujets les enfants de 3 à 6 ans et au delà, salivation mouillant tous leurs vêtements, les tenant dans une humidité extrêmement préjudiciable à la santé. Or, je dis que cette affection ne m'a pas paru étudiée dans les traités de pédiatrie, qu'elle n'est pas fréquente, mais pas très rare, que sa cause est la présence de végétations pharyngiennes et son traitement l'ablation de celles-ci.

Avant de rapporter des observations à l'appui de mes assertions, je dirai que le gonflement du tissu pharyngien apparaît, à mon avis, bien plus tôt qu'on ne pense généralement. Moldenhauer reconnaît que sa présence a été constatée dès l'âge de dix mois. D'après Meyer, dit-il, c'est de 5 à 20 ans qu'on voit les végétations le plus souvent. Je crois qu'il

faut conclure de là qu'elles se développent dès avant 2 ans et que les troubles qu'elles provoquent leur sont surtout attribués de 5 à 20 ans. Je suis d'autant plus porté à me rattacher à cette façon de voir que les instituteurs de sourds-muets parlent toujours de la surdi-mutité congénitale comme apparaissant surtout de 3 à 5 ans, ce qui est favorable à un développement précoce des végétations, si l'on admet avec moi que la surdi-mutité est souvent due aux végétations.

Voici un cas où j'eus à opérer un enfant de 16 mois. Il m'est amené le 26 novembre 1888. On le trouve enrhumé depuis cinq à six mois. Il tousse et mouche beaucoup. Tousse la nuit au point d'être entendu à l'étage supérieur. D'où une fatigue telle qu'il se couvre de sueurs. Bave constamment, surtout depuis un mois. A toujours la bouche ouverte. C'est un bel enfant qui se nourrit bien mais est fort gêné en ce moment pour téter. La respiration thoracique est libre. On entend de gros râles dans les bronches supérieures. Dans tous ces cas, en effet, les enfants, sous l'influence d'une humidité constante, sont atteints de bronchite, Grosses amygdales. Glandes sous-maxillaires, ce qui n'est pas du tout une raison suffisante pour qualifier l'affection de scrofuleuse. J'opère sous le chloroforme par crainte de souffrances et d'hémorragies sérieuses, car l'opération est douloureuse. Végétations énormes très dures, obturant ses choanes. J'ai souvent constaté que, dans l'âge très tendre, les végétations sont ainsi souvent dures au toucher et ne donnent pas encore la sensation d'un paquet de vers. Je débarrasse la choane gauche sans oser tout faire en une séance et laisse la narine droite obstruée.

Quelques jours après, le 2 décembre, je vais le voir. La narine gauche est bien libre et l'enfant tète sans difficulté pendant un temps suffisant pour se nourrir, n'étant obligé de quitter le sein que toutes les trois ou quatre minutes. Il bave presque autant. La nuit, il ronfle encore beaucoup, a la bouche ouverte et est encore oppressé. Râles vers les grosses bronches.

Le 6 décembre, le nez est libre à droite. Moins de salivation, moins de bronchite, on m'apprend que cet enfant n'est pas précoce et ne dit encore que « maman ». J'opère le côté droit.

14 décembre, ne bave plus du tout. Prend le sein avec continuité. Les deux narines sont libres : il respire bien ; mais une toux sèche subsiste. Je remets à plus tard l'opération des amygdales.

Je viens aujourd'hui même, 16 mai 1889, de revoir cet enfant. Il est bien développé, a l'air éveillé et parle suivant son âge. La mère me dit qu'il est malheureux qu'on ne lui ait pas enlevé les amygdales après les deux opérations des végétations, car à la fin de décembre, il a eu une angine double qui l'a tenu longtemps en danger de mort. Mais jamais il n'a bavé depuis.

Ainsi, comme pour mieux démontrer ma thèse, il faut que l'opération ayant supprimé la salivation, cet enfant se trouve atteint d'angine et ne bave pas, que les amygdales qui sont encore énormes se montrent sans action pour provoquer le ptyalisme. Il ne faut donc pas attribuer la salivation excessive à une simple difficulté de déglutition par suite d'une irritation de la muqueuse diminuant la tonicité du plan musculaire sous-jacent.

Ce cas vient confirmer une opinion déjà appuyée de nombreuses observations fournies par les commémoratifs de l'affection. On m'a déjà antérieurement signalé à Cholet un enfant atteint de salivation tellement excessive, que sa mère avait été jusqu'à être obligée de le changer quinze fois de linge de corps dans la journée. J'avais constaté chez lui des végétations énormes, les membranes des tympans concaves, avec plis postérieurs, mais on ne nous laissa pas l'opérer.

Le 20 décembre 1888, H..., enfant de 8 ans, m'est amené pour surdité, car il est rare que les parents amènent un enfant pour cause de ptyalisme et jusqu'ici, avouons-le, ils n'ont pas eu tort de compter peu, à ce propos, sur notre intervention, *ord. vm. plus de 5<sup>cm</sup> org. vm. 14<sup>cm</sup>*. Ronfle toute la nuit. Maux de tête. Bave un peu. Assez souvent rhume de cerveau. Je passe difficilement le doigt derrière le voile du palais. Les végétations me semblent médianes, mais en opérant je sens une forte saillie de l'apophyse jugulaire. Il travaille mal à l'école, bien qu'il soit intelligent, et que l'année dernière il en fût tout autrement. Après l'opération, cet enfant présente *ord. vm. 2<sup>cm</sup>* et ne bave plus.

D..., 1158, 6 mois, m'est amené pour étouffement pendant la nuit. Le nez est obstrué. La mère craint le haut-mal; l'enfant bave plus qu'un autre.

Une ou deux prises en une seule séance avec la petite pince de Ménière diminuent la salivation et la gêne respiratoire. Mais

le bromure de potassium a été nécessaire pour faire cesser les accès d'étouffement.

Ce mode d'intervention, à cet âge, ne me paraît pas très rationnel. Il a eu un bon résultat dans le cas présent, mais généralement quelques douches d'air, la narine non obstruée par l'instrument restant libre, seront suffisants. Peut-être encore le mieux serait de dégager les choanes avec l'électro-cautére nasal.

H.. 14 ans (586). Vient me trouver pour surdité: les plis de la face sont très peu marqués. Membrane tympanique concave, à plis postérieurs énormes, manches raccourcies par projection. Opéré, il cesse en quelques jours de mouiller son oreiller la nuit; l'attention lui est plus facile, et il ne s'assoupit plus après les repas.

N° 589. Jeune fille de 10 ans. Symptômes ordinaires, hypermétropie et astigmatisme notables. Bave beaucoup la nuit. Maux de tête. L'opération fait cesser le ptyalisme, mais il faut quelques exercices gymnastiques avec une plaque de caoutchouc entre les lèvres, pour lui faire perdre l'habitude d'avoir la bouche ouverte.

Faut-il continuer longtemps encore? Ceci est pour mes lecteurs une menace que je ne réaliserai pas. Je ne manque pas d'un grand nombre d'autres observations aussi concluantes que les dernières, bien que j'en aie peu ou pas d'aussi compréhensives que la première. Il s'en faut de beaucoup cependant que tous les cas de végétations pharyngiennes même abondantes s'accompagnent de salivation. Il y en a peut-être un cas sur 15 ou 20.

Je considère le ptyalisme comme provoqué par les végétations à saillie médiane, saillie due soit aux végétations, soit au plan osseux sous-jacent, c'est-à-dire à la crête de l'apophyse basilaire. D'où une sorte de titillation de la luette et même de gêne dans l'application des parties latérales du voile sur la partie postérieure de la voûte. Il s'ensuivra que la salive ne sera pas appelée en arrière au moment de la déglutition, le vide ne se faisant plus, puisque de chaque côté de la luette le voile ne s'applique point à la par-

tie postérieure. En revanche, les mucosités nasales viennent encombrer l'espace et ajouter à la gêne du malade, lui mettre *de la bouillie dans la bouche*. Le Dr Balme, dans sa thèse, reconnaît que parfois il est difficile de porter le doigt entre le voile et l'apophyse basilaire, mais sans en tirer autre conséquence.

Je n'ai encore jamais vu la salivation résister à l'ablation des végétations adénoïdes. D'ailleurs, bien des personnes âgées atteintes de végétations et qui ne se plaignent aucunement de ptyalisme, reconnaîtront qu'elles mouillent leur oreiller la nuit et bavent; je crois que ce n'est que quand le cas est accidentel qu'il faudra le rattacher à de simples coryzas.

Dans un cas de végétations pharyngiennes, une mère me fit observer que son enfant avait bavé très abondamment jusqu'à l'âge de 4 ans, ayant commencé à le faire vers l'âge de 2 ans 1/2 à 3 ans. Alors son médecin lui fit mettre un gilet de flanelle et la salivation cessa. Ce fait, qui peut paraître en contradiction avec mes assertions, s'explique très facilement. L'hyperhémie due au froid dont souffrait le nez et l'arrière-nez, avait aussi augmenté la masse des végétations qui diminua en même temps que cette congestion; le développement de la région pharyngienne mit ensuite à l'abri de gêne nouvelle par le moindre gonflement: c'est même là le cas ordinaire pour ceux qui n'admettent pas la régression spontanée des végétations comme un fait vulgaire.

Aussi est-il une catégorie d'individus chez lesquels la salivation persistera, c'est celle des idiots. Le Dr Balme nous signale chez eux le rétrécissement de la région pharyngienne et la présence des végétations adénoïdes. Or on sait combien chez eux le ptyalisme est une chose fréquente. De plus, il est diurne aussi bien que nocturne, parce qu'ici l'amour-propre n'intervient pas pour leur faire cacher leur infirmité. Déjà la rhinologie de même que l'otologie ont avancé des prétentions d'ingérence dans le traitement des maladies mentales. Seraient-elles appelées, à propos du ptyalisme, à rendre à l'idiot un service considérable en diminuant pour les personnes qui s'en occupent le souci de

soins de propreté sans résultat possible. J'ai déjà dit combien j'ai vu à Nantes de sourds-muets chez lesquels cette opération des végétations pharyngiennes est indiquée et serait utile à l'infirme et à son professeur. Je serais heureux de voir le même moyen employé chez l'idiot, d'autant plus que je crois que son intelligence rudimentaire n'en pourrait être que favorablement influencée. Je serais heureux d'en pouvoir faire l'essai.

---

## II

### DOUBLEMENTS DE LA MEMBRANE MUQUEUSE DANS LA PARTIE SUPÉRIEURE DE LA CAVITÉ TYMPANIQUE ET LEUR IMPORTANCE CLINIQUE,

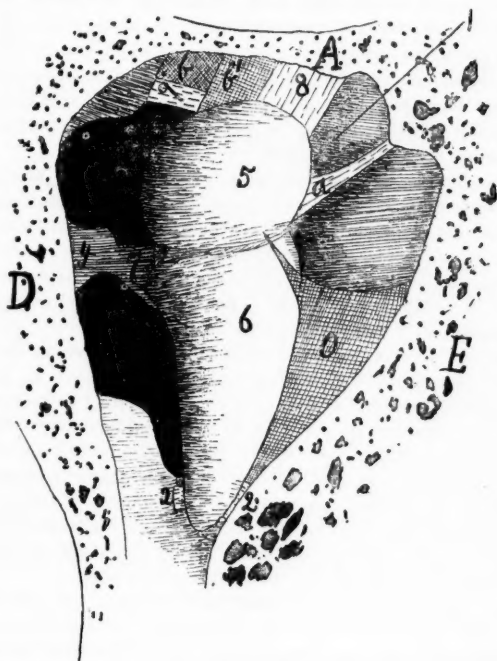
Par **CLARENCE, J. BLAKE** et **WILLIAM S. BRYANT**,  
de Boston, U. S. A.

Dans un grand nombre de cas d'otite moyenne suppurée, et en particulier quand la membrane du tympan a été très atteinte, il faut examiner avec grande attention les principales sources de l'écoulement, on verra qu'une grande partie de la sécrétion provient de la partie supérieure de la cavité tympanique, et que souvent lorsque la membrane muqueuse malade de la portion visible de l'oreille moyenne est tout à fait guérie, l'affection de la partie supérieure du tympan se prolonge beaucoup.

La raison en est dans l'irrégularité du contour de la partie supérieure de l'osselet couverte par la membrane muqueuse, formant de la sorte un espace étendu de surface sécrétante; une autre raison est encore la grande vascularité du tissu mou, fournie directement par la carotide, l'accumulation de produits inflammatoires dans les irrégularités de la surface, enfin la rencontre possible de bandes et de replis surnuméraires de membrane muqueuse, augmentant la surface sécrétante et favorisant la rétention de la sécrétion. L'origine de ces bandes, débris de tissu embryonnaire, a été déjà reconnue et est mentionnée par plusieurs auteurs; Politzer, Gruber, et de Troeltsch entre autres parlent de la direction générale de ces bandes ou replis. Politzer décrit aussi la présence d'une structure cellu-

laire entre la tête du marteau et l'enclume et la paroi extérieure correspondante du tympan.

L'examen des temporaux fait avec beaucoup de soin et de patience par le D<sup>r</sup> Bryant contribue en même temps que l'histoire clinique du sujet à expliquer à la fois la longue durée de la suppuration dans la partie supérieure du tympan et l'occurrence des cas de perforation de la membrane de Shrapnell, donnant issue dans le conduit externe à un écoulement qui disparaît sans passer au travers de la membrane tympanique, la partie inférieure de la cavité tympanique restant intacte.



Dans une série antérieure d'examens de temporaux avec oreilles moyennes normales, l'auteur trouva des doublements de membrane muqueuse, autres que celles reconnues anatomiquement comme constantes, 50 et 70 fois %, et des recherches ulté-

rières qu'on espère faire confirmeront probablement les résultats observés par le Dr Bryant, qui sont dus, d'après l'opinion de l'auteur, à une observation plus attentive et à la description des replis plus petits qui sont assez communs dans les portions postéro et supéro externes du tympan.

L'examen démontre que ces doublements qui, lorsqu'ils sont très complets, forment une sorte de division horizontale du tympan à peu près au niveau du pourtour supérieur de la membrane tympanique, avec une dépression de la face supérieure de la courte apophyse du marteau et de la membrane de Shrapnell et le gonflement considérable de la membrane muqueuse, accompagnant l'inflammation, tendent à fermer quelques ouvertures situées entre les replis contigus; c'est une explication suffisante pour quelques observateurs des cas comparativement rares de l'établissement spontané de drainage à travers la membrane de Shrapnell et une raison de la persistance de la rétention des sécrétions dans la partie supérieure du tympan.

L'examen de vingt-six temporaux prouve que la membrane muqueuse qui revêt la cavité tympanique forme des doublements, qui peuvent réellement empêcher la libre circulation des liquides. Les principaux replis tendent à diviser le tympan *horizontalement* à peu près au niveau du tendon du tenseur du tympan et de la courte apophyse de l'enclume et *verticalement* entre les osselets et le toit du tympan.

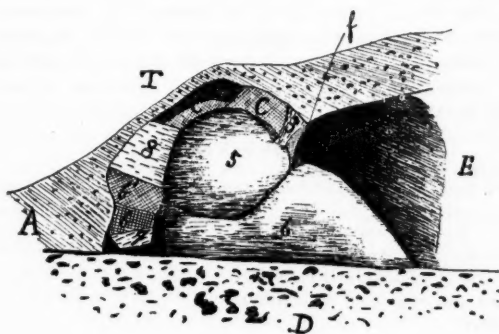
Les replis horizontaux sont ordinairement au nombre de deux, quelquefois de trois. L'un s'étend du bord antérieur du tendon du tenseur du tympan en avant et en arrière, s'attachant au ligament antérieur du marteau, et à la paroi antérieure du tympan juste au-dessus de l'entrée de la trompe d'Eustache. Un autre repli recouvre l'espace situé entre le ligament externe du marteau, le ligament postérieur de l'enclume, l'enclume et la paroi externe du tympan. Le dernier repli horizontal s'étend entre la longue et la courte apophyse de l'enclume, la branche postérieure de l'étrier et la paroi interne du tympan.

Les replis verticaux peuvent être comptés au nombre de deux, tous deux venant du toit du tympan, l'un s'étendant entre les ligaments antérieur et sus-penseur et l'autre entre les ligaments suspenseur et externe du marteau. Le dernier repli est souvent en forme de V, une branche rejoignant le ligament externe, l'autre allant obliquement de haut en bas, et en dehors rejoignant un repli horizontal près de la base de la courte apophyse de l'enclume.



On trouve quelquefois attaché au côté postérieur du ligament supérieur un repli falciforme, s'étendant de l'articulation du marteau et de l'enclume en arrière et en haut du tegmen tympanique.

La surface située au-dessus de la membrane de Shrapnell est particulièrement riche en replis muqueux. Ceux-ci remplissent les espaces situés entre les ligaments du marteau de telle sorte qu'on voit là ordinairement une véritable pyramide irrégulière ayant son sommet au ligament suspenseur du marteau. Cet espace est borné *en bas* par le marteau, la membrane de Shrap-



nell et la paroi externe du tympan; *en haut*, par le tegmen tympanique; *en dehors*, par la paroi externe du tympan; *en dedans* par la tête et le ligament antérieur du marteau; *en arrière* par les ligaments externes du marteau et le repli muqueux vertical situé entre le ligament suspenseur et le ligament externe du marteau. Cet espace, comme il a été dit, est revêtu de membrane muqueuse et souvent traversé par les replis muqueux. Au point le plus bas de cet espace la membrane de Shrapnell rencontre la courte apophyse du marteau, de sorte que tout liquide, dans cet espace, doit se diriger vers la partie la plus inférieure de la membrane de Shrapnell.

Les replis muqueux horizontaux servaient dans quelques cas à interrompre la communication entre le segment supérieur du tympan en haut et celui qui est au-dessous, sauf dans l'espace situé entre le tenseur du tympan et l'étrier.

Parmi les replis muqueux les plus constants, se trouvaient

beaucoup de bandes et de fibres de membrane muqueuse trouvées irrégulièrement dans presque toutes les parties du tympan. Le plus évident s'étendait entre la longue et la courte apophyse de l'enclume, la branche postérieure de l'étrier et la paroi interne du tympan. Dans les cas où ces replis n'étaient pas parfaits, leur position normale était ordinairement indiquée par des fibres ou des bandes fermant plus ou moins les espaces.

Des 26 temporaux examinés, 16 provenaient d'adultes, et 6 de nouveau-nés. Les 4 autres étaient pathologiques, 2 étaient des cas de perforations sèches, et deux des épaissements membraneux. En comparant les résultats de l'examen nous trouvons chez 85 % l'espace situé au-dessus de la membrane de Shrapnell complètement rempli par des replis muqueux, et 77 % avaient la partie supérieure du tympan séparée de la partie inférieure par des replis muqueux s'étendant à moitié à travers la cavité.

#### EXPLICATION DES FIGURES.

FIGURE I. Tympan normal d'adulte. Le tegmen et une partie des parois ont été enlevés. Les dédoublements muqueux sont indiqués par des traits ombrés.

1. Membrane de Shrapnell.
2. Ligament postérieur de l'enclume.
3. Ligament suspenseur du marteau.
4. Étrier.
5. Tête du marteau.
6. Enclume.
7. Longue apophyse de l'enclume.
8. Ligament antérieur du marteau.
9. Tendon du muscle tenseur du tympan.

a. Ligament externe du marteau.

b. Repli muqueux horizontal en avant du tendon du tenseur du tympan.

b'. Une partie du même sur un plan plus élevé.

d. Repli oblique de la membrane muqueuse s'étendant entre la longue et la courte apophyse de l'enclume, branche postérieure de l'étrier et paroi interne du tympan.

FIGURE II. Tympan normal d'un adulte ouvert au moyen de l'extraction d'une partie de la paroi interne.

A. Paroi antérieure du tympan.

B. Repli muqueux horizontal rejoignant les extrémités du repli vertical en flèche s'étendant en dehors du ligament suspenseur du marteau.

C. Repli vertical de la membrane muqueuse s'étendant entre les ligaments antérieur et suspenseur du marteau.

C'. Une partie plus externe du même.

D. Paroi interne du tympan.

E. Paroi externe du tympan.

H. Repli muqueux vertical s'étendant du ligament suspenseur au ligament externe du marteau.

I. Repli muqueux s'étendant obliquement du ligament suspenseur pour rejoindre le repli horizontal entre l'enclume et la paroi externe.

O. Repli muqueux horizontal s'étendant entre l'enclume et la paroi externe.

T. Tegmen tympanique.

f. Un dédoublement falciforme de membrane muqueuse postérieure au ligament suspenseur.

---

### BIBLIOGRAPHIE.

---

#### ÉTUDES D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE SPÉCIALEMENT SUR LES TUMEURS LARYNGÉES. — PAPILLOMES,

Par **R. NORRIS WOLFENDEN** et **SIDNEY MARTIN**.

Le but de ce travail est surtout pratique; les auteurs ont réuni une série de planches et de dessins des faits les plus remarquables et en ont tiré les conséquences diagnostiques, pronostiques et les indications opératoires.

*Tumeurs laryngées.* — Les tumeurs bénignes que l'on rencontre dans le larynx sont : des papillomes, fibromes, tumeurs kystiques, angiomes, lipomes, enchondromes, myxome, lymphome, tumeurs de la glande thyroïde, adénomes.

Le diagnostic clinique différentiel de ces tumeurs est quelquefois très difficile sans examen microscopique.

L'étiologie est variable, on les a dites congénitales (Edis) dues à une diathèse polypiforme (opinion française que les auteurs mettent en doute) ou à une prédisposition locale (Virchow).

Oertel croit qu'elles indiquent une prédisposition individuelle à la scrofule et à la tuberculose. Plusieurs auteurs pensent que le catarrhe chronique du larynx les produit. Gottstein émet l'opinion inverse : le catarrhe n'est qu'une conséquence. Enfin l'usage abusif de la voix est mentionné par Sommerbrodt cité par Gottstein.

Comme aspect clinique elles peuvent ressembler à des tumeurs malignes et ont alors tendance à récidiver sur place.

Elles sont dangereuses non pas comme le cancer par effet gé-

néral, mais par leur action locale (elles tuent par obstruction et asphyxie).

Elles donnent de la dysphagie ou gênent les mouvements de l'épiglotte.

Les tumeurs sessiles et intra-parenchymateuses (surtout les fibromes incorporés au tissu sous-muqueux) troublent bien plus la voix que les grosses tumeurs pédiculisées : elles gênent les vibrations des cordes.

Toute tumeur située entre les cordes vocales empêche la respiration et la phonation et la voix est étouffée.

Au-dessus des cordes vocales, les tumeurs donnent du catarrhe laryngé chronique.

Au-dessous elles peuvent passer inaperçues.

Chez l'enfant le diagnostic est difficile : la gêne respiratoire, l'aphonie et quelquefois le toucher digital les font découvrir.

Le meilleur diagnostic différentiel est l'examen microscopique seul juge de la nature exacte de la tumeur.

Situées de préférence à la partie antérieure des cordes vocales et au-dessous de la commissure elles sont plus rares dans les régions sous-glottiques que sus-glottiques.

Elles naissent peu souvent des régions ventriculaires et ary-ténoïdiennes, ce qui les différencie des végétations polypeuses tuberculeuses qui ont leurs points d'élection dans la région inter-aryténoïdienne.

L'épiglotte est un siège de prédilection pour les tumeurs : à sa face postérieure prédominent les papillomes, à sa face supérieure des tumeurs kystiques.

La marche et la terminaison de ces tumeurs sont variables : le papillome évolue lentement ou très vite (en quelques mois) ; le fibrome et les autres tumeurs bénignes sont fort longs avant de constituer une véritable tumeur.

Le papillome subit quelquefois la dégénérescence kystique ou graisseuse, exceptionnellement la dégénérescence caséuse (Causit) et quelquefois il suppure (Schwartz).

La tumeur peut être chassée entièrement d'un seul coup ou s'éliminer peu à peu par la toux.

Pour éviter qu'à la suite d'une intervention opératoire la tumeur bénigne ne se transformât en maligne on a (Lennox Browne) proposé l'expectation, à moins d'urgence.

La trachéotomie a été proposée pour diminuer ou faire disparaître la tumeur.

Virchow prétend que les tumeurs papillaires peuvent dégé-

nérer en sarcomes, cancers et formations cartilagineuses ou kystiques.

*Papillomes.* — Les auteurs rappellent rapidement la différence de structure qui existe entre les différentes portions de la muqueuse laryngée, telle que les ont établies Coyne, Klein, Versou, et autres.

L'étude de la variété d'épithélium est importante, car en général les papillomes se développent aux points où il y a normalement des papilles.

On les voit surtout aux parties antérieures et moyennes des cordes et à la commissure antérieure.

Quelquefois ils siègent en d'autres points et on a vu des papillomes recouverts d'épithélium cylindrique vibratile. (Morell Mackenzie.)

L'aspect du polype à l'œil nu est variable : unique ou multiple, sessile ou pédicule, le point d'origine est difficile à distinguer.

La coloration dépend de sa vascularisation : pâle, gris, rouge.

Comme dimension il va d'un grain de millet jusqu'à boucher l'orifice du larynx.

Oertel a différencié trois variétés de papillomes :

1° Roses et rouges, verruqueux, implantés sur le bord libre des cordes vocales ou sur la commissure antérieure du volume d'un grain de chanvre à celui d'un haricot, uniques ou multiples;

2° Tumeurs grisâtres, papillaires, à large base d'implantation sur les cordes vocales, surmontées de petites végétations ;

3° Grappes, forme de mûres, mous, remplissant le larynx, naissant sur les cordes vocales, au voisinage ou sur l'épiglote.

Virchow a décrit des tumeurs papillomateuses, qui naissent en des points où normalement n'existent point de papilles normales.

D'abord amorphes et granuleuses, elles deviennent cellulaires et prennent peu à peu la forme papillaire.

*Méthodes d'examen et techniques.* — Les portions de la tumeur enlevée sont placées directement dans l'alcool absolu pendant 24 heures (selon le volume de la pièce).

1° Coloration : Le liquide colorant employé est le carmin boraté ; voici son mode de préparation :

Borax . . . . .	4 grammes.
Carmin . . . . .	4 —
Eau tiède . . . . .	100 centim. cubes

On ajoute :

Alcool à 70° — 100 cent. cubes, on filtre pour l'usage.

La pièce (qui ne doit jamais dépasser le volume d'un haricot) est laissée 24 heures dans ce mélange;

2° Sortie du liquide colorant : On fait tremper pendant 10 à 15 minutes dans de l'alcool acidifié :

Alcool méthylique. . . . . 100 cent. cubes.

Acide chlorhydrique fort. . . . . V gouttes.

3° Puis on la remet dans l'alcool absolu pendant 15 à 30 minutes (on peut l'y laisser pour la conserver);

4° Au sortir de l'alcool, la pièce est placée pendant quelques heures dans l'huile de girofle (afin de l'éclaircir);

5° On la met ensuite dans l'huile de térébenthine;

6° Puis elle est laissée 2 à 5 heures dans de la paraffine qui doit être à son point de fusion;

7° On monte alors la pièce dans un cylindre de papier ou de carton et on fait des coupes perpendiculaires au cylindre;

8° Les coupes sont reçues dans un cristalliseur contenant de l'huile de térébenthine qui enlève la paraffine;

9° On absorbe la térébenthine avec du papier brouillard;

10° Pour examiner au microscope : les coupes sont montées dans le baume de Canada dissous au xylol.

Si l'on ne coupe pas toute la pièce en une seule fois on peut la laisser dans la paraffine.

*Anatomie pathologique du papillome.* — C'est à l'aide de cette méthode que les auteurs ont étudié la structure du papillome.

Après avoir décrit les végétations, l'épithélium stratifié qui les recouvre, le chorion, les vaisseaux, ils étudient plus spécialement quelques points de structure.

L'épithélium est épais au point où il se continue avec l'épithélium normal. Il est quelquefois si épais sur le papillome qu'il rappelle l'aspect de la peau. — Il lui arrive de ne pas pénétrer les sillons du papillome et de passer en ligne droite de l'un à l'autre.

On y trouve les mêmes couches que dans la peau.

Les cellules qui reposent sur le basement membrane sont disposées en forme de colonnes et se colorent fortement par le carmin.

Au-dessus d'elles, il existe plusieurs couches de cellules ovales, homogènes, à noyau ovale.

A la surface libre les cellules sont aplaties, cornifiées dans les papillomes anciens.

Elles forment des bords irréguliers, découpés, des vacuoles, de véritables nids.

Ces nids, composés d'agglomérations de cellules fortement colorées par le carmin, se voient dans l'intérieur des papilles secondaires et ont quelquefois à leur centre un chorion fibreux.

Ce chorion fibreux ne se rencontre pas dans l'épithélioma où l'épithélium est aplati ou ovale.

Dans quelques coupes de papilles composées la couche inférieure de cellules semble émerger, accompagnée de cellules rondes du chorion fibreux; cette apparence résulte d'absence de basement membrane.

Basement membrane: très distincte dans les grandes papilles, elle manque souvent dans les petites.

Le chorion est composé de tissu fibreux et de cellules rondes; dans les papillomes myxomateux ces cellules se ramifient et sont séparées par du liquide.

Le nombre des cellules rondes semble en relation avec l'abondance des vaisseaux et varie dans les différents points de la tumeur.

La vascularisation est variable. Les vaisseaux ont quelquefois les trois tuniques, mais plus généralement ce sont de simples canaux situés dans le stroma et dont les parois sont constituées par une simple couche de cellules aplaties.

Le diagnostic anatomique entre le papillome, l'épithéliome et la dégénérescence du papillome en épithéliome sera discuté par les auteurs dans un autre travail.

Ils donnent sous forme de conclusions les remarques suivantes, qui peuvent aider au diagnostic différentiel.

On aura affaire à du papillome :

1° Le basement membrane est intact ou étant absent si l'épithélium forme à son niveau une ligne droite.

2° L'absence de perceptions digitales de l'épithélium dans le stroma ;

3° Les nids de l'épithélium papillaire ne ressemblent pas à ceux de l'épithélioma.

P. GASTOU.

---

## ASSOCIATION LARYNGOLOGIQUE AMÉRICAINE.

---

*Onzième congrès tenu à Washington les 30, 31 mai et 1<sup>er</sup> juin 1889; d'après le *Médical Record* et les notes et additions manuscrites obligeamment envoyées par M. le Dr BRYSON DELAVAN, de New-York, secrétaire de l'association.*

M. ETHELBERT CARROLL MORGAN, de Washington, président.

I. — *Ablation d'une amygdale surnuméraire*, par E. CARROLL MORGAN.

La tumeur était située entre les piliers droits du voile du palais près de la luette. Elle faisait une saillie d'un pouce environ et déterminait une gêne extrême surtout après que le malade avait fumé. Sa nature semblait cliniquement d'autant plus suspecte qu'elle s'était beaucoup accrue depuis deux mois, qu'il y avait un léger engorgement ganglionnaire et que la mère du malade était morte de cancer du sein. L'ablation fut faite et la surface saignante cautérisée au galvanocautère. — L'examen histologique montra que la tumeur était constituée par du tissu amygdalien hypertrophié. — Depuis quatre ans qu'a eu lieu l'opération, il n'y a pas eu de récurrence.

Ces hypertrophies d'amygdales surnuméraires, exception faite bien entendu pour l'amygdale pharyngée, ont été rarement signalées. MORGAN n'en a trouvé dans la science que deux autres observations. — Mais un examen plus attentif fera sans doute rencontrer plus fréquemment des faits analogues.

BRYSON DELAVAN, dans la discussion qui suit, partage cette opinion sur la fréquence relative des amygdales surnuméraires. — Pour lui, les tumeurs pédiculées de l'amygdale seraient souvent constituées de cette façon; leur aspect fibroïde ne doit pas faire illusion sur leur nature réelle et n'est dû qu'à une dégénérescence inflammatoire.

II. — G. W. MAJOR. *Relations entre l'érysipèle ou l'érythème de la face et les affections nasales.*

MAJOR rapporte quatre observations où des érythèmes permanents de la face, des érysipèles à marche chronique et à répé-



tion, ne cédèrent qu'après qu'au lieu de la traiter directement on s'appliqua à modifier diverses lésions des fosses nasales (hypertrophie de la muqueuse, situation vicieuse des cornets, etc.).

ROE a vu souvent des érythèmes de la face produits de cette façon; mais pour l'érysipèle, il est moins disposé à admettre cette pathogénie. C'est une maladie infectieuse et les affections nasales ne peuvent guère agir que par les ulcérations qu'elles provoquent.

MACKENZIE élève également des doutes sur la nature vraie des affection dites érysipélateuses. Ne s'agissait-il pas d'érythèmes plus accentués?

DALY admet avec difficulté les érysipèles chroniques. Pour l'érythème, il croit que la congestion de la muqueuse doit avoir un rôle plus important que les pressions des cornets.

KNIGHT appelle l'attention sur l'importance de l'état névropathique dans les érythèmes faciaux. — Le traitement général est souvent le seul moyen d'amener leur disparition.

BRYSON DELAVAN, contrairement aux précédents orateurs, admet la relation entre les érysipèles à répétition et le catarrhe des fosses nasales et en rapporte divers faits.

III. — S. W. LANGMAID. *Adénites multiples aiguës accompagnées d'œdème du larynx.*

Les ganglions sous-maxillaires et cervicaux étaient très gonflés, la gêne respiratoire extrême. Au laryngoscope on apercevait dans l'espace aryténoïdien postérieur une tuméfaction du volume d'une noisette. — L'ouverture eut lieu spontanément et la malade cracha du pus pendant plusieurs jours. Il s'agit donc d'une angine infectieuse avec abcès laryngien.

IV. — W. C. GLASGOW. *Affection œdémateuse particulière des voies respiratoires supérieures.*

Pendant deux années, GLASGOW a observé épidémiquement à Saint-Louis de nombreux cas d'une affection caractérisée par un œdème dur, pâle, luisant, occupant surtout le voile du palais, envahissant à la longue les fosses nasales, l'épiglotte et même les cordes vocales. Cet œdème s'accompagnait très rarement d'exsudat, d'ecchymoses ou d'ulcération. La fièvre, la douleur, l'affaissement général étaient souvent très marqués. Abandonnée à elle-même, l'affection que Glasgow regarde comme une variété

de grippe, se prolongeait plusieurs semaines; le benzoate de soude, donné à fortes doses à l'intérieur, amenait au contraire une guérison rapide.

MULHALL a observé plusieurs cas de cette affection. Il y eut dans l'un trois récidives successives.

DALY et CHAPMANN croient à la nature diphtéritique de l'affection. — Chapman l'a observée très nettement chez un enfant dont le frère venait d'être atteint d'une diphtérie des mieux caractérisées. — Ils insistent sur l'engorgement ganglionnaire qui s'observe dans la plupart des cas.

GLASGOW répond que l'exsudat manque souvent et que lors même qu'il existe, son aspect et surtout sa marche sont très différents des fausses membranes diphtériques.

#### V. — W. H. DALY. *Affections nasales et neurasthénie.*

DALY rapporte vingt-quatre observations où le traitement d'affections nasales amena la guérison d'états névropathiques.

SAJOUS rapporte un fait de neurasthénie causée par une déviation de la cloison. — Guérison de la neurasthénie après une première opération; mais bientôt rechute. En examinant le nez on vit que la déviation s'était reproduite. — Une seconde opération amena la guérison définitive.

LANGMAID, au contraire de Daly, estime que les affections nasales sont l'effet et non la cause de la neurasthénie.

#### VI. — *Présentations d'instruments.*

SAMUEL JOHNSTON montre qu'il est facile de laver la bouche et le nez au moyen d'un simple siphon d'eau de Seltz muni d'un tube et d'un embout.

E. C. MORGAN présente un instrument pour empêcher le retour du voile du palais en avant dans l'application du galvanocautère sur l'amygdale pharyngienne.

#### VII. — J. N. MACKENZIE. *Pathologie du pharynx nasal.*

Les affections du pharynx nasal sont surtout remarquables par les troubles réflexes de toutes natures qu'elles provoquent. Une extirpation, aussi complète que possible, de l'amygdale pharyngienne sera souvent le seul moyen de réussir dans les affections anciennes. Les tentatives de traitement qui n'auront pour objectif que de modifier l'état de la bourse pharyngée échoueront souvent.

VIII. — D. BRYSON DELAVAN. *Hypertrophie adénoïde de la voûte du pharynx.*

DELAVAN a observé un fait d'hypertrophie intermittente énorme au moment des accès d'inflammation catarrhale et disparaissant avec eux. — Pour opérer les hypertrophies permanentes, il regarde l'anesthésie comme indispensable. Le chloroforme doit être préféré à l'éther qui produit une sécrétion muqueuse très abondante et très gênante. Dans la discussion HOOPER et MACKENZIE préconisent les opérations partielles et répétées sans anesthésie. ALLEN et CASSELBERY insistent au contraire sur les avantages des opérations complètes d'emblée — KNIGHT, à propos des hypertrophies intermittentes, rapporte un fait où la trachéotomie fut pratiquée comme temps préliminaire de l'ablation. Mais au moment d'arriver à l'ablation même le chirurgien eut la désagréable surprise de constater que toute tumeur avait disparu.

IX. — F. H. HOOPER. *Action des muscles intrinsèques du larynx.*

HOOPER a étudié cette action en enlevant le larynx d'un chien, disséquant la muqueuse et excitant électriquement le thyroaryténoïdien interne, le cricoaryténoïdien latéral, et les cricoaryténoïdiens postérieurs. Les résultats de ces expériences ne sont pas indiqués.

X. — F. J. KNIGHT. *Dysphonie spasmodique.*

KNIGHT rapporte quatre observations de dysphonie avec voix élevée et saccadée. L'affection se montra très rebelle. LANGMAID et DELAVAN ont observé chacun un fait où la voix s'améliorait momentanément sous l'influence d'un stimulant tel que l'alcool.

XI. — R. P. LINCOLN. *Récidives d'une tumeur laryngée.*

Le malade avait été opéré par ELSBERG, vingt-quatre ans avant, par la méthode endolaryngée et deux ans plus tard par la laryngotomie. La nouvelle récurrence survenue si longtemps après la deuxième opération a été enlevée par LINCOLN. La tumeur était papillomateuse.

XII. — T. A. DE BLOIS. *Syphilis des voies respiratoires supérieures.*

Deblois présente une série de dessins montrant des lésions

syphilitiques des voies respiratoires supérieures. Dans la discussion BOSWORTH insiste sur quelques points du traitement et en particulier sur la nécessité de différer toute intervention chirurgicale jusqu'à ce que la lésion spécifique soit soigneusement traitée. Il conseille l'iodure de potassium jusqu'à disparition complète, mais après cette disparition il recommande de revenir quelque temps au mercure. RICE montre qu'il faut avant tout chercher à s'opposer à la production d'adhérences. Dans un cas où celles-ci s'étaient établies, il essaya de les détruire par le galvanocautère. Bien que la syphilis parût depuis longtemps éteinte, la plaie prit un fort mauvais caractère et ne se cicatrisa point. — MACKENZIE montre les dangers que peut présenter l'ablation des sequestres osseux; faite trop tôt elle enlève souvent avec le sequestre des portions d'os sain. — DALY conseille, dans toutes ces opérations sur des tissus cicatriciels de peu de vitalité, de se défier beaucoup du galvanocautère. Il préfère de beaucoup l'instrument tranchant.

XIII. — CH. H. KNIGHT. *Galvanocaustique dans l'hypertrophie des amygdales.*

KNIGHT, chez les enfants âgés et les adultes, préconise l'ablation par l'anse galvanique. L'opération est assez douloureuse et rendue surtout pénible par la respiration de la fumée produite.

XIV. — J. O. ROE. *Affections des amygdales.*

ROE montre que, dans les amygdales hypertrophiées, il y a souvent un catarrhe chronique des lacunes amygdaliennes. La galvanopuncture est alors loin d'être aussi efficace que dans l'hypertrophie simple et le traitement par excellence est l'ablation.

SVAIN cite un fait où ce catarrhe avait déterminé la production de masses dures dans les cryptes. Ces masses avaient à leur tour produit, par trouble réflexe, toute une série de poussées congestives dans l'amygdale linguale. — COHEN et KNIGHT citent comme autres troubles réflexes, produits par ces masses, une toux spasmodique très tenace et très prolongée.

XV. — J. SOLIS COHEN. *Sarcome du corps thyroïde.*

La compression de la trachée força de bonne heure à pratiquer la trachéotomie. Au bout de plusieurs mois, la compression exer-

cée sur les pneumogastriques par la tumeur amena de nouveaux troubles dyspnéiques. Un phénomène singulier, découvert accidentellement, fut le soulagement qu'apportaient momentanément à la dyspnée les irritations de la membrane muqueuse de la trachée. Celles-ci faisaient disparaître la gêne respiratoire et la congestion de la face. Il suffisait pour cela d'introduire par la canule un fil métallique courbe jusqu'à la paroi postérieure de la trachée. Le malade finit par succomber d'épuisement.

XVI. — C. C. RICE. *Formes anormales de tuberculose laryngée.*

Rice cite trois formes anormales de tuberculose laryngée. La première, assez fréquente et souvent méconnue, est constituée par l'association de lésions syphilitiques et tuberculeuses. Dans la deuxième le processus tuberculeux évolue sur un tissu de nouvelle formation : papillomes ou granulation. Dans la troisième forme, la tuberculose produit des adhérences cicatricielles entre les deux extrémités antérieures des cordes vocales. Cette forme rare ne peut se voir que dans les tuberculoses très localisées.

Rice explique par l'hybridité tuberculosyphilitique la plupart des faits de guérison obtenue dans la tuberculose laryngée. — *Daly et Knight* soutiennent la possibilité de la guérison d'ulcérations tuberculeuses vraies.

XVII. — S. SOLIS COHEN. *Emploi de solutions de nitrate d'argent dans la laryngite chronique.*

Après une congestion passagère une amélioration durable ne tarde pas à survenir.

C. E. BEAN. *Tuberculose de la langue.* Deux cas nouveaux, l'un chez un homme, l'autre chez une femme, atteints tous deux de tuberculose pulmonaire.

J. C. MULHALL. *Traitement local de la diphtérie.*

L'asepsie du pharynx nasal et des fosses nasales est particulièrement importante et particulièrement difficile à obtenir. — *Bryson Delavan*, comme agents antiseptiques, préconise surtout le bichlorure et le cyanure de mercure.

F. W. HINKEL. *Affections goutteuses des voies respiratoires supérieures.*

La goutte, ou pour employer un terme moins restreint, car souvent les malades n'ont jamais eu d'attaques de goutte vraies,

la diathèse urique retentit fréquemment sur le larynx et le pharynx. Les interventions chirurgicales ne donnent alors sans le traitement médical que des résultats fort insuffisants.

Le congrès de 1890 se tiendra à Baltimore. Président, J. N. Mackenzie, de Baltimore. Vice-présidents, E. Holden, de Newark, et Bean, de Saint-Paul. Secrétaire-trésorier, Knight, de New-York. Adresse du secrétaire, n° 20, West Thirty first Street New-York.

A. F. PL.

---

### PRESSE ÉTRANGÈRE.

---

**Neue Fälle von genuiner acuter Mittelohrentzündung veranlasst durch den Diplococcus pneumoniae. A. Fränkel-Weichselbaum** (Nouveaux cas d'otite moyenne aiguë primitive déterminée par le pneumocoque de Fränkel-Weichselbaum), par le professeur ZAUFAI (de Prague). *Prager medicinische Wochenschrift*, 1889 n° 6, 12 et tirage à part.

L'auteur rapporte avec beaucoup de détails six nouveaux cas personnels d'otite moyenne dans lesquels l'examen bactériologique révèle la présence exclusive du pneumocoque de Fränkel. Dans ces différentes observations, entièrement intéressantes, nous ne relèverons que quelques points qui nous paraissent mériter tout particulièrement l'attention. — Tout d'abord, dans le premier de ces cas, l'existence du pneumocoque fut constatée simplement par le microscope; des circonstances extrascientifiques empêchèrent d'obtenir la confirmation par les cultures et les inoculations, de sorte qu'à la rigueur ce cas peut être récusé. Il n'en est pas de même des cinq autres, où toutes les conditions nécessaires pour entraîner la conviction ont été bien remplies, et où les caractères morphologiques du microbe, les cultures et les inoculations répondent bien au pneumocoque de Fränkel. Le second de ces cas est particulièrement instructif : l'otite était consécutive à un ozène, et le malade rendait bien compte qu'elle était survenue à la suite d'un effort pendant lequel il avait perçu un choc tympanique éclatant. La pathogénie, d'après Zaufal, serait très nette : un bouchon de mucus porteur de germes aurait pénétré par aspiration de la trompe dans la caisse du tympan. La présence du pneumocoque fut constatée dès le début dans la sécrétion du conduit auditif; puis ultérieurement survint un stade

pendant lequel tout microbe avait disparu; enfin plus tard encore on ne trouve plus de pneumocoques, mais le staphylococcus pyogène albus. Il y avait donc eu infection secondaire, provenant vraisemblablement du conduit auditif externe, et c'est à cette infection secondaire que Zaufal attribue le passage à l'état chronique de certaines otites moyennes. — Le troisième cas est intéressant par ce fait que les pneumocoques constatés dans la sécrétion ne présentaient pas de capsule manifeste; mais cette dernière se montra avec une grande netteté sur les microbes obtenus par inoculation sur des souris. C'est là un fait déjà observé ailleurs et qui, dans ce cas, aurait pu induire en erreur, car cette otite s'accompagnait d'abcès temporal et mastoïdien, ce qui est rare dans l'otite par pneumocoques, il se rencontre au contraire souvent dans l'otite par streptocoques :

Réunissant ces six cas à ceux déjà publiés par lui-même, par Netter et Weichselbaum, Zaufal obtient quinze observations sur lesquelles il s'appuie pour donner une histoire complète des otites moyennes par pneumocoques. — C'est l'oreille droite qui est le plus fréquemment atteinte, rarement les deux à la fois. — Les caractères macroscopiques de l'écoulement, lequel est d'abord sérieux, puis devient visqueux et enfin franchement purulent, ne sont pas suffisants pour différencier cette variété d'otite des otites d'autre nature. La perforation de la membrane du tympan n'est pas constante; elle peut survenir hâtivement ou au contraire très tardivement. La marche de l'affection, au moins dans les cas qui ont pu être suivis, tend vers la guérison. Une seule fois, dans le cas que nous avons cité, l'affection passa à l'état chronique par suite, dit Zaufal, d'infection secondaire pour le staphylococcus pyogène albus. — Parmi les complications, les abcès mastoïdiens sont rares, contrairement à ce que l'on observe dans les otites par streptococcus pyogène où ils sont très fréquents. Une complication plus fréquente et plus importante, c'est la méningite suppurée cérébro-spinale, que les observations de Netter et de Weichselbaum permettent de rattacher également au pneumocoque.

L'auteur aborde ensuite la question de savoir si, à l'état normal, la caisse du tympan contient des microbes et comment y pénètrent ceux que l'on peut y rencontrer. A l'aide de nombreuses expériences faites sur les animaux, il a pu établir les propositions suivantes : 1° à l'état normal la cavité tympanique des animaux (lapins) contient quelques microbes, en très petite quantité il est vrai; 2° le mécanisme de la trompe d'Eustache empêche,

dans les conditions normales, la pénétration d'un grand nombre de microbes dans la caisse du tympan; mais il n'est pas tel qu'il puisse s'opposer absolument à la pénétration de microbes isolés; 3° le nombre de ces derniers va diminuant rapidement depuis l'entrée des fosses nasales jusqu'à l'orifice des trompes et jusqu'à la caisse du tympan; cependant, tandis que dans cette dernière leur nombre est infime, il est encore assez considérable au pourtour de l'orifice tubaire. Si ces résultats se trouvaient confirmés par des recherches ultérieures, il faudrait conclure qu'il s'agit dans les cas d'otite moyenne d'une sorte d'auto-infection, précédée d'une période de *microbisme latent*. Mais cette pathogénie ne doit pas être trop généralisée, et il existe des cas, comme celui que nous avons cité plus haut, dans lesquels les microbes pénètrent violemment dans la caisse dans un état de virulence qui fait éclater les accidents immédiatement, et même ces cas pourraient fort bien être les plus fréquents.

Enfin, pour fournir une démonstration complète du caractère pathogène du pneumocoque dans certaines otites, Zaufal a cherché à provoquer ces dernières chez des animaux par inoculations dans l'oreille moyenne de cultures pures de ces microbes. Il a eu recours pour cela à un procédé particulier qu'il décrit longuement et pour lequel nous renvoyons au texte. Le succès fut constant, et nous pouvons ajouter que dans ces cas d'otite par inoculation comme dans ceux qui sont survenus spontanément chez l'homme, Zaufal est arrivé à constater la présence du pneumocoque dans l'épaisseur même de la muqueuse de la caisse.

TH. REBLAUB.

**Ueber den Bacillus Friedlander als Erreger der Otitis media acuta** (Du bacille de Friedlander comme agent pathogène de l'otite moyenne aiguë), par le professeur ZAUFAL (de Prague). Mémoire lu à la réunion des médecins allemands de Prague le 26 octobre 1888. Extrait de la *Prager medicinische Wochenschrift*, 1888, n° 45.

Les travaux antérieurs de Zaufal, ceux de Weichselbaum et de Netter ont montré que l'otite moyenne aiguë n'a pas une étiologie univoque, mais qu'elle peut être déterminée par différents microbes : streptococcus pyogenus, pneumocoque de Fränkel, staphylocoques. En ce qui concerne le bacille de Friedländer, sa présence avait été constatée dans un cas déjà publié par Zaufal; mais des doutes pouvaient exister sur le point de savoir si l'affection avait été réellement déterminée par cet agent. Une nou-



velle observation, publiée par Weichselbaum, a permis de lever ces doutes. La présence de bacille de Friedländer fut constatée dans le pus d'un abcès mastoïdien, d'un phlegmon du cou, dans les fosses nasales, dans le pus de la caisse du tympan, dans les reins atteints de néphrite parenchymateuse aiguë et dans les poumons (pneumonie au début). Le malade était mort par infection générale. Lesensemencements donnèrent des cultures pures; les inoculations ne donnèrent également que le pneumobacille de Friedländer. — Pour que la démonstration fut complète, il était nécessaire de déterminer expérimentalement une otite moyenne aiguë par l'injection dans l'oreille moyenne d'une culture pure du microbe. C'est ce que Zaufal a fait, avec plein succès, sur une série de cobayes avec une culture pure qui avait été fournie par Weichselbaum. L'injection, faite par un procédé spécial, dans la trompe d'Eustache, déterminait une otite moyenne au troisième jour, otite caractérisée, ainsi que cela avait déjà été constaté dans les observations par un écoulement séro-sanguinolent.

TH. REBLAUB.

**Traitement des exostoses du conduit auditif**, par POOLEY (*Discussion, Medical Society of the State of New York, medical Record*, 16 janvier 1889).

Pooley emploie des forets et des tréphines actionnés par un tour de dentiste. Avec la gouge ordinaire il redoute les échappées; avec le galvanocautère ou l'écraseur, l'action sur les parties qui avoisinent l'exostose. Pour combattre le gonflement des parties molles qui suit l'opération, le meilleur moyen est l'eau chaude en applications répétées. L'emploi de sondes de drains de caoutchouc ne fait que l'augmenter. Rice insiste sur la nécessité de laisser un libre écoulement aux produits de suppuration. Il emploie l'irrigation continue et rejette tout pansement fermant le méat. Pomeroy pense qu'il ne faut intervenir que si les souffrances sont très fortes. Il montre que l'opération peut par retentissement de voisinage amener l'inflammation de l'oreille moyenne.

A. F. P.

**Der Kehlkopfkrebs, seine Diagnose und Behandlung. (Le cancer du larynx, son diagnostic et son traitement**, par le professeur B. FRENKEL (de Berlin). *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1889, nos 1-6 et tirage à part.

Pour le larynx, comme pour tout autre organe d'ailleurs, il est essentiel de faire le diagnostic du cancer et de très bonne heure;

c'est de ce diagnostic précoce que dépend en grande partie le pronostic. Aussi l'auteur s'attache-t-il à déterminer avec rigueur les caractères du cancer du larynx au début. Il distingue plusieurs formes. La plus fréquente est celle qu'il dénomme : *cancer poly-pôide*, qui se présente sous l'aspect d'une tumeur implantée sur l'une des cordes vocales. On voit donc que, d'après lui, contrairement à l'assertion des classiques, le cancer du larynx débute le plus souvent par les cordes vocales. Les caractères subjectifs sont de peu de valeur; il n'y a en effet que des troubles de la phonation sans caractère particulier; la douleur de même que l'engorgement ganglionnaire sont complètement défaut. Force est donc de chercher les éléments du diagnostic dans les caractères laryngoscopiques. Souvent l'aspect de la tumeur est caractéristique; elle est recouverte d'un épithélium bien conservé qui lui donne une coloration grisâtre et une surface lisse. En plusieurs points, l'accumulation de cellules épithéliales est telle que la tumeur en prend une coloration plus blanchâtre que celle des cordes vocales normales; sa surface n'est pas brillante, mais opaque. Ces caractères ne se rencontrent que dans le cancer.

D'autre part, si de l'examen laryngoscopique se dégage nettement cette impression que la tumeur pénètre dans l'épaisseur de la corde vocale, on peut presque affirmer que cette tumeur est un cancer. Enfin, dans les cas douteux, on trouvera un précieux auxiliaire dans l'examen microscopique de parcelles de la tumeur. Fränkel insiste sur l'innocuité de ce petit traumatisme, sur la façon dont cet examen doit être fait pour que toute erreur soit évitée. Cette forme initiale du cancer du larynx pourrait être confondue avec les papillomes, les myxomes, les kystes, les condylomes syphilitiques, les tumeurs tuberculeuses, lupiques, lépreuses ou sarcomateuses.

La seconde forme initiale que décrit l'auteur est le cancer des cordes vocales qui a tendance à s'étendre en superficie; c'est le *cancer diffus des cordes vocales*. Elle est tout d'abord limitée à une seule corde vocale, tandis que les affections avec lesquelles on pourrait la confondre : catarrhe chronique, pachydermie, tuberculose, lupus, syphilis sont, dès le début, bilatérales. Un signe important, la parésie dans les mouvements de la corde malade, n'a été observé par Fränkel que quand le cancer siégeait dans la partie postérieure de la corde. Cette forme de cancer du larynx est d'un diagnostic relativement facile; ce dernier se fait par exclusion ou par l'examen microscopique d'une parcelle de corde vocale malade.

La troisième forme, *cancer polypoïde et diffus des autres parties du larynx*, est plus rare. Elle a pour siège les replis ary-épiglottiques, la paroi postérieure du larynx, enfin ce que l'auteur appelle la région de la glotte cartilagineuse. C'est dans cette dernière que se rencontre le plus généralement l'affection décrite par Virchow sous le nom de pachydermie et qui présente avec le cancer de grandes ressemblances. L'examen microscopique lui-même est souvent incapable de faire le diagnostic, lequel ne peut être précisé que par une observation ultérieure très prolongée.

La quatrième forme de début décrite par l'auteur est celle qui prend naissance dans l'épaisseur des parois du ventricule de Morgagni; c'est le *cancer ventriculaire*. Ce cancer repousse devant lui la muqueuse ventriculaire intacte, d'où le nom de cancer sous-muqueux que lui donnait autrefois Fränkel. S'il est possible dans ces cas d'établir par les caractères cliniques qu'il s'agit d'une tumeur développée sous la muqueuse ventriculaire, il est impossible d'établir la nature de cette tumeur, car on ne saurait en enlever une parcelle pour la soumettre à l'examen microscopique. Dans ces cas, on exclut la syphilis par le traitement spécifique suffisamment prolongé, et, cette dernière affection éliminée, il ne reste guère que le cancer et le sarcome, diagnostic qui au point de vue pratique n'est pas important.

Après avoir ainsi longuement décrit les formes initiales du cancer du larynx, l'auteur passe beaucoup plus rapidement sur la marche ultérieure de cette affection, sur la seconde période, la période d'ulcération, puis sur la troisième, la période dite d'envahissement et de généralisation. Le diagnostic devient alors plus facile, et Fränkel discute la valeur de certains signes nouveaux, tels que le tirage, la dyspnée et l'engorgement ganglionnaire.

Ce mémoire se termine par un long chapitre sur le traitement, dans lequel la méthode endolaryngée, recommandée par l'auteur, se trouve appréciée; on lui trouve de nombreux avantages et peu d'inconvénients; dans tous les cas, pas le moindre danger. Quand l'extirpation par voie endolaryngée n'est plus applicable, c'est aux méthodes chirurgicales, extirpation partielle ou totale du larynx, d'intervenir, et l'auteur n'a pas d'expérience particulière sur ce dernier point.

T. REBLAUB.

**Ein Beitrag zur Kasuistik und Therapie des primären Larynxcarcinoms (Contribution à la casuistique et au traitement du cancer primitif du larynx)**, par le docteur ALFRED SOKOLOWSKI (de Varsovie). — Tirage à part de la *Internationale klinische Rundschau*. 1889.

L'auteur rapporte une observation qui paraît intéressante à plusieurs points de vue et qui peut être résumée de la façon suivante : un homme de 40 ans présente des troubles laryngés depuis deux ans que l'examen objectif de l'organe autorise jusqu'à un certain point à mettre sur le compte d'une tuberculose laryngée. Six mois après le malade est pris de dyspnée nécessitant une trachéotomie ; l'examen laryngoscopique révèle une tuméfaction étendue de la muqueuse et l'existence de plusieurs petites saillies. L'une de ces dernières, incisée et soumise à l'examen microscopique, fait faire le diagnostic de fibrome papillaire. On pratique alors l'excision de toutes les parties saillantes, opération dont le malade guérit rapidement. L'examen histologique des parties excisées confirme le diagnostic précédent. Plusieurs mois après il revient avec de nouveaux phénomènes dyspnéiques nécessitant une nouvelle trachéotomie ; mais cette fois l'état général a déjà subi une forte atteinte. Un nouvel examen histologique d'un fragment incisé de la tumeur récidivée confirme encore le diagnostic de papillome. Après longue discussion on pratique de nouveau l'extirpation totale de la tumeur, et c'est alors seulement que l'examen microscopique fut en état d'affirmer le diagnostic de cancer.

L'auteur appelle l'attention sur trois points : 1<sup>o</sup> les difficultés du diagnostic que les résultats négatifs de l'examen microscopique ont contribué à obscurcir, la longue durée de la maladie qui évolue déjà depuis quatre ans, la cicatrisation après ablation des fragments, fait extrêmement rare dans le cancer ; — 2<sup>o</sup> la difficulté de savoir si la lésion était cancéreuse dès le début, ou si la tumeur d'abord bénigne s'est transformée, sous l'influence des traumatismes répétés, en une tumeur maligne : le fait que le diagnostic histologique n'a pu être établi que par l'examen de la totalité de la tumeur oblige à récuser les constatations histologiques antérieures ; — 3<sup>o</sup> les résultats obtenus par le traitement local, qui a permis d'obtenir une accalmie de plus de six mois ; ces résultats concordent avec ceux obtenus par Schech, Frænkel et Schnitzler.

T. REBLAUB.

**Ueber die Heilbarkeit und örtliche Behandlung der sogenannten Kehlkopfschwindsucht (De la curabilité et du traitement local de la phthisie laryngée)**, par le D<sup>r</sup> A. SOKOLOWSKI (de Varsovie.) — *Wiener klinische Wochenschrift*. 1889, n<sup>o</sup> 4-5 et tirage à part.

La curabilité de la phthisie laryngée, pas plus que celle de la phthisie pulmonaire, ne saurait être niée aujourd'hui, et l'auteur rapporte dix observations personnelles où cette guérison n'est pas douteuse. Chez 6 de ces malades la guérison fut spontanée; chez les 4 autres un traitement local était intervenu. Tous ces malades avaient également des lésions pulmonaires; mais l'auteur insiste sur ce fait qu'il s'agit de la forme dite fibreuse de la phthisie pulmonaire. — Dans tous les autres cas, sous l'influence de la médication locale, les lésions laryngées s'amendent ou peuvent rester stationnaires pendant des mois et des années, tandis que la lésion pulmonaire évolue et finit par emporter le patient. — L'auteur a établi une comparaison intéressante pour démontrer l'efficacité du traitement local. Sur 50 malades non soumis à ce traitement et subissant simplement un traitement général, 8 seulement furent améliorés, tandis que sur 50 autres, placés dans des conditions générales identiques, mais soumis à un traitement local, 40 tirèrent un bénéfice considérable, 10 seulement ne furent pas améliorés. — En ce qui concerne le mode particulier de l'intervention locale, l'auteur a, après de nombreux essais, donné la préférence à l'acide lactique et au traitement chirurgical, qu'il combine en général. L'intervention chirurgicale variera avec les cas; ce sera tantôt le galvanocautère, tantôt le grattage, tantôt, mais rarement, la trachéotomie. Le traitement général doit être mené de front avec le traitement local.

TH. REBLAUB.

**Ueber Bauchredne Kunst (De la ventriloquie)**, par le D<sup>r</sup> BESCHORNER. — *Comptes rendus de la Société des sciences naturelles et médicales de Dresde*, 1887-1888.

Le D<sup>r</sup> BESCHORNER a soumis à un examen rhinopharyngolaryngoscopique un célèbre ventriloque de Hambourg et a pu s'assurer de cette vérité aujourd'hui généralement admise : c'est qu'il ne s'agit pas d'une conformation particulière des organes producteurs des sons, mais bien d'un talent spécial qui se sert de ces derniers avec une adresse remarquable. — Deux éléments s'associent pour donner à la voix ventriloque ses caractères :

1<sup>o</sup> La voix de fausset; toutes les parties du larynx présentent

en effet les rapports que l'on observe pendant l'émission de ce genre de ton ; 2° l'abaissement en masse du larynx, abaissement qui a pour effet d'agrandir considérablement la cavité résonnante située entre les bandes vocales et la cavité nasopharyngienne.

TH. REBLAUB.

**Die locale Behandlung der Laryngo-Phthisis tuberculosa. (Du traitement local de la phthisie laryngée tuberculeuse),** par le Dr Oskar BESCHORNER. — Mémoire lu à la Société des sciences naturelles et médicales de Dresde le 3 novembre 1888. — *Dresde E. Blochmann et fils*, 1889.

Brochure de 42 pages, dans laquelle l'auteur ne s'en tient pas exclusivement au traitement local, mais se trouve amené à émettre son opinion dans les différentes discussions touchant la nature, l'anatomie pathologique et le traitement général de la phthisie laryngée. Après avoir énuméré toutes les opinions qui ont été émises au sujet de la compréhension qu'il faudrait accorder au terme phthisie laryngée, après un historique extrêmement long et fort complet de toutes les tentatives faites pour amener la guérison des lésions locales par une action exercée directement sur ces lésions, il établit les limites dans lesquelles, d'après lui, ce traitement local obtient ses plus beaux succès. Ce serait les cas dans lesquels le processus ulcératif est encore cantonné dans de très petites parties du larynx, l'affection pulmonaire étant elle-même encore peu avancée. C'est au traitement chirurgical combiné avec l'emploi de l'acide lactique qu'il donne la préférence; il ne nie pas pour cela l'action bienfaisante de l'iodol et de l'acide borique qu'il a employés avec succès. Il ne possède aucune expérience personnelle sur la valeur de la créosote, du sublimé, de la résoreïne, du salol, du manthol et du phosphate de chaux, qu'il n'a pas essayés. — Le traitement général ne doit pas être négligé; sans lui la thérapeutique locale perd beaucoup de ses bons effets. Aussi l'auteur propose-t-il d'envoyer les malades atteints de phthisie laryngée dans les sanatoria construits pour les phthisiques pulmonaires et de les soumettre au même traitement hygiénique.

Cette petite brochure se termine par un index bibliographique très considérable, très précieux à consulter pour celui qui voudra se livrer ultérieurement à des recherches sur le même sujet.

TH. REBLAUB.

**Ablation d'une tumeur du larynx ayant pour noyau un corps étranger**, par A.-G. GERSTER (*Medical Record*, 13 mai 1889).

Le corps étranger, qui paraît être un fragment de broche, avait dû pénétrer dans le larynx par perforation de l'œsophage. Il était englobé dans une masse granuleuse et avait déterminé une périchondrite diffuse avec gêne considérable de la respiration et de la déglutition. — L'ablation de la tumeur principale fut faite par la laryngotomie après la trachéotomie, et c'est seulement en l'incisant qu'on découvrit le corps étranger.

A. F. P.

**Ablation d'une tumeur tuberculeuse du larynx par la pharyngolaryngotomie**, par G.-A. GERSTER (*Medical Record*, 6 avril 1889).

La tumeur, offrant le volume et la forme d'une amande, siégeait sur le cartilage aryénoïde gauche et débordait tellement dans le larynx que tout examen de la cavité laryngienne était impossible. — Après trachéotomie et tamponnement de la trachée, l'ablation fut pratiquée en incisant le cricoïde et le thyroïde. — On ne put faire l'ablation complète d'un prolongement postérieur qu'en ouvrant le pharynx, mais cette plaie pharyngienne suturée au catgut guérit par première intention. — Deux mois et demi après l'opération, une fistule persistait au niveau de la partie inférieure du cartilage thyroïde. — Une tentative autoplastique pour fermer cette fistule parut d'abord réussir, mais des ulcérations tuberculeuses survenues sur la cicatrice, la marche des lésions pulmonaires laissent peu d'espoir dans le résultat final. — Tout au moins l'opération a-t-elle supprimé la dysphagie et la dyspnée.

A. F. P.

**Trachéotomie modifiée**, par BRYSON-DELAHAN (*Medical Record*, 4 mai 1889).

Dans tous les cas où le séjour de la canule doit être prolongé, Bryson-Delavan modifie chez l'adulte le procédé usuel de la trachéotomie. Au lieu d'une simple incision dont les lèvres s'écartent difficilement par suite de la résistance et souvent de l'ossification des anneaux cartilagineux, il enlève, par une incision circulaire, tout un segment de la paroi antérieure de la trachée. — Ce segment est d'ordinaire constitué aux dépens de deux anneaux. — Non seulement la mise en place de la canule devient plus facile, mais son jeu plus libre évite toute pression, tant sur les bords de l'incision que sur la paroi postérieure. A. F. P.

**Mort subite par introduction d'un morceau de viande dans le larynx**, par LOOMIS (*The Medical Record*, 20 avril 1889).

A l'autopsie d'un homme mort subitement au moment où il commençait son repas, on trouva trois gros morceaux de viande dans la gorge, l'un d'entre eux obturant complètement la glotte. Loomis a pu réunir vingt-sept cas de mort subite occasionnée par des corps étrangers du larynx. Dans deux seulement, comme dans cette observation, il s'agissait d'aliments.

A. F. P.

— **L'antisepsie en chirurgie nasale**, par CLARENCE C. RICE (*New York medical Journal*, 2 mars 1889).

L'antisepsie offre dans la chirurgie nasale des difficultés particulières. Elle est, écrit Rice, plus difficile à réaliser parfaitement que dans l'ouverture de l'abdomen ou des grandes articulations. Sans parler de l'irrégularité de forme des fosses nasales, de leurs communications multiples avec l'air extérieur, le contact de la gaze ou de la ouate antiseptique, faisant corps étranger, amène dans le tissu érectile de la muqueuse nasale une irritation très vive, et la sécrétion de sérosité est telle qu'elle traverse vite toutes les pièces de pansement. — Ces difficultés expliquent pourquoi l'on observe si souvent après les opérations sur les fosses nasales des accidents fébriles. Ceux-ci sont le plus souvent légers, mais parfois — et Rice en signale quelques cas — il se produit des septicémies graves. L'antisepsie est donc de nécessité aussi impérieuse dans la chirurgie nasale que dans la chirurgie ordinaire. On ne doit pas, pour s'en affranchir, invoquer soit la petitesse des blessures faites, soit la garantie, réelle d'ailleurs, qu'offre l'emploi du galvanocautère.

En dehors des règles générales pour l'emploi d'instruments d'objets de pansement strictement aseptiques, Rice insiste sur l'utilité de larges lavages des fosses nasales avant l'opération. Il faut précéder le passage du liquide antiseptique d'une douche nasale avec une solution alcaline tiède. — Comme solution antiseptique il emploie surtout le sublimé à 1/10000. Cette faible proportion permet de l'employer très largement. — L'irrigation est faite d'arrière en avant au moyen d'un tube recourbé passant derrière le voile du palais et entouré à son point d'entrée dans les fosses nasales d'un tampon d'éponge antiseptique qui empêche tout reflux. — Après l'opération, Rice pratique une cautérisation au galvanocautère de toutes les surfaces sai-



gnantes. — Il emploie les lotions et les poudres antiseptiques, mais rejette les tampons qui s'opposent à l'écoulement des liquides et déterminent une trop vive irritation. A. F. P.

**Traitement de la rhinite atrophique par le courant galvanique,** par P. H. HARTMANN (*New York medical Journal*, 16 mars 1889).

Hartmann emploie des courants extrêmement faibles, surtout pour débiter. Il s'attache à n'avoir jamais d'effets cautiques, mais simplement des effets de stimulation de la muqueuse et de modification de sa fonction sécrétoire. Pour l'application, il emploie comme Delavan une éponge appliquée sur la nuque comme électrode positif, et des tampons de coton hydrophile mouillé introduits dans les narines comme électrode négatif. — La durée du passage du courant varie suivant la susceptibilité du sujet de cinq à quinze minutes. Ce passage produit une sécrétion séreuse très abondante et souvent des éternuements. Si ceux-ci sont violents et persistants, il faut diminuer l'intensité et la durée de l'application. — Ce moyen a déjà donné à Hartmann quatorze guérisons. A. F. P.

**Végétations adénoïdes du pharynx,** par B. DELAVAN (*New York clinical Society; New York medical Journal*, 26 janvier 1889).

Delavan présente un instrument nouveau, modification de la pince de Lœvenberg, qu'il dut employer pour l'ablation de végétations adénoïdes du pharynx très volumineuses. — Il faut remarquer que, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, la section des tissus malades donne une hémorrhagie moins forte que le grattage ou l'arrachement. Au sujet de la fréquence, il a trouvé des végétations adénoïdes chez trois pour cent des enfants qu'il a examinés dans les écoles publiques. Ces végétations s'atrophient souvent à la puberté, mais il est bien rare qu'on puisse attendre cette atrophie. Elles ne se développent jamais après l'âge de 20 ans, et celles qu'on observe chez les adultes dataient de l'enfance. Peut-être sont-elles d'origine congénitale.

Hall rapporte un fait d'hémorrhagie s'étant prolongée pendant 24 heures après l'ablation de végétations adénoïdes chez une femme. L'hémorrhagie fut assez facilement arrêté par le tamponnement. A. F. P.

**Rhinite membraneuse**, par POTTER (*New York medical Journal*, 9 février 1889).

Potter estime que sur cent cas de rhinite aiguë on rencontre environ deux fois la rhinite membraneuse. C'est vers le troisième jour que les caractères particuliers de l'exudation se prononcent. Au-dessous de la fausse membrane, la muqueuse est ramollie et offre de nombreux points saignants. Dans un des faits observés, l'affection était unilatérale. Potter la regarde comme la manifestation locale d'un état général. Dans la discussion, Rice rapproche également la rhinite membraneuse de la goutte et du rhumatisme. La Vergue et Pomeroy l'ont observée dans diverses épidémies de diphtérie. Pooley remarque qu'on doit peut-être faire la même distinction que pour les conjonctivites diphtériques et pseudomembraneuses.

A. F. P.

**Papillome du gosier**, par CLAIBORNE (*New York medical Journal*, 16 février 1889).

La tumeur était unique, grisâtre, et adhérait à l'amygdale droite et à la face postérieure du pilier antérieur correspondant par un mince pédicule. La présence de ce pédicule permet-il, l'examen histologique n'ayant point été fait, d'accepter sans réserve le diagnostic de papillome ?

A. F. P.

**Mycoses pharyngées**, par VANDERPOEL (*New-York medical Journal*, 9 février 1889.)

*L'oidium albicans* est le parasite végétal le plus fréquent dans le pharynx. On rencontre plus rarement les affections décrites sous le nom de *nigrities linguæ*, *mycosis sarcinici*, *aspergillus mycosis*, *mycosis leptothrix*. Le *nigrities linguæ* ne se voit dans le pharynx que par extension au voisinage de la base de la langue, et c'est sur cet organe que son développement est toujours le plus considérable. — L'*aspergillus mycosis* est beaucoup moins fréquent dans le pharynx que dans l'oreille. — Le *mycosis leptothrix* se présente sous forme circonscrite ou diffuse. Il serait plus fréquent chez la femme que chez l'homme et apparaîtrait surtout vers 30 ans. Son siège de prédilection est l'amygdale du côté gauche. Il se reproduit sur place très rapidement après l'ablation, mais son extension aux parties voisines est lente. On l'a assez souvent confondu avec la diphtérie; l'absence de fièvre et d'inflammation permettent d'éviter facilement cette grave erreur. Les concrétions amygdaliennes se distin-

guent par leur consistance, leur isolement, leur disparition définitive après l'ablation.

A. F. P.

**Un cas d'épithélioma du voile du palais,** par CARY (*Medical Record*, 13 avril 1889).

L'affection a débuté à l'union de la luette et des piliers du voile par une petite grosseur apparue à la suite d'un fort mal de gorge. Trois mois après le début elle fut enlevée au galvanocautère. Mais six mois après survenait une récurrence englobant tout le voile du palais. — L'examen microscopique d'un fragment montra qu'il s'agissait d'un épithélioma. — Bien que les ganglions ne soient pas engorgés et que l'état général reste bon, aucune opération ne paraît possible.

A. F. P.

---

**CORRESPONDANCE.**

---

Nous recevons de notre collaborateur, le Dr Gellé, la lettre suivante, que nous nous empressons d'insérer :

Je lis dans votre numéro de juin (page 353, communication de Walb) « que l'on devrait donner un nom à la région supéro-interne du conduit auditif externe, paroi de la caisse du tympan ». Ce nom existe; je l'ai donné dans mes cours, et récemment, dans une conférence particulière, j'ai nommé cette portion compacte du conduit osseux, à cause de ses rapports avec la logette des osselets de l'ouïe, « le mur de la logette ». Dans mes observations, je note depuis longtemps l'état de disposition et la coloration et les autres lésions (carie, polype, périostite, etc.) de cette région ainsi : *mur rouge*, très ample, ou *mur caché* par un polype, ou *disparu*, etc. Cela simplifie et précise.

Je vous serai très reconnaissant de vouloir bien vulgariser dans votre publication le nom que M. Walb demande avec beaucoup de raison et d'autorité.

---

## INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES.

### ALLEMAGNE ET AUTRICHE

#### Oreille.

Rapport entre la perception latéralisée du diapason vertex, es conditions fonctionnelles et la réaction électrique du nerf acoustique, par G. Gradenigo (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVII, Heft 1, 1888).

Des inconvénients résultant de l'emploi de l'acide borique en poudre dans le traitement de l'otorrhée, par W. Meyer (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVII, Heft 1, 1888).

Sur l'origine du cholestéatome de l'oreille moyenne (kystes de la membrane muqueuse du tympan, atrophie des nerfs du limaçon, par Habermann (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVII, Heft 1, 1888).

Contribution à l'étude des rapports des cellules de Corti et de Deiters de l'organe de Corti et de leur configuration, par L. Katz (*Monats. f. Ohrenh.*, août 1888).

Un cas d'otite moyenne suppurée causé par le bacille de la pneumonie (Friedlander), par A. Weichselbaum (*Monats. f. Ohrenh.*, août et septembre 1888).

Fistules branchiales avec anomalies du tympan, par Bull (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, Heft 2, septembre 1888).

Rapport sur la pratique et les progrès de l'anatomie et de l'histologie normale et pathologique, et de la physiologie de l'oreille et du nasopharynx, par A. Barth (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIV, Heft 2, septembre 1888).

Fréquence relative des affections de l'oreille chez les races blanche et de couleur dans les Etats-Unis de l'Amérique du Nord, par S. M. Burnett (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, Heft 2, septembre 1888).

Un cas d'expulsion d'une grande partie du tympan gauche après un coup violent sur le crâne. Fermeture de la perforation au bout de huit semaines, par A. Eitelberg (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, Heft 2, septembre 1888).

Rapport sur la pratique et les progrès de la pathologie et de la thérapeutique des maladies de l'oreille pendant le premier semestre de 1888, par A. Hartmann (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, Heft 2, septembre 1888).

Inflammation diphthérique de la membrane du tympan, par S. Hirsch (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, Heft 2, septembre 1888).

Autopsie de l'oreille gauche d'un individu mort de méningite, par H. Steinbrügge (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, Heft 2, septembre 1888).

Ruptures de la membrane du tympan avec considérations sur leur valeur pronostique, par L. Treitel (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, Heft 2, septembre 1888).

Sur la baguette harmonique, avec remarques sur l'origine du nerf acoustique, par J. Nussbaum (*Med. Jahrb.*, Heft 5, 1888).

Sur une nouvelle méthode de pansement pour l'oreille, par L. Læwe (*Monats. f. Ohrenh.*, octobre et novembre 1888).

Sur les modifications apportées dans la cavité du tympan par la perforation de la membrane de Shrapnell, par A. Hartmann (*Deuts. med. Woch.*, n° 45, 1888).

L'otite chez les enfants rachitiques, par Eitelberg (*Jahrb. f. Kinderh.*, Band XXVII, 1, 2, 1888).

- Péristite de la région mastoïdienne, par Gruber (*Allgem. Wien. med. Zeitung*, 23 octobre 1888).  
 Corps étrangers de l'oreille et du nez, par A. Marian (*Prager med. Wochens.*, 17 octobre 1888).  
 Diagnostic et pronostic des suppurations de l'oreille moyenne, par Moos (*Deuts. med. Woch.*, 1<sup>er</sup> novembre 1888).  
 De l'excitabilité électrique du nerf acoustique, par J. Pollak (K. K. Ge-sells. der Aerzte in Wien, 26 octobre; in *Internat. klin. Rundschau*, 4 novembre 1888).  
 Sur la pathogénie des bactéries dans les affections purulentes de l'oreille, par F. Rohrer (*Deuts. med. Woch.*, 1<sup>er</sup> novembre 1888).  
 Hématome de l'oreille, par R. Arndt (*Internat. klin. Rundschau*, 28 octobre 1888).  
 Les maladies du nerf acoustique; recherches cliniques, par G. Grad-nigo (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVII, Heft 2 u. 3, novembre 1888).  
 Les affections de l'organe de l'ouïe dans la rougeole, par L. Blau (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVII, Heft 2 u. 3, novembre 1888).  
 Rapport sur la polyclinique des maladies de l'oreille de l'Université de Tubingue du 1<sup>er</sup> avril 1881 au 1<sup>er</sup> avril 1888, par Wagenhäuser (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVII, Heft 2 u. 3, novembre 1888).  
 De la valeur de l'expérience de Rinne pour le diagnostic des affections labyrinthiques, par F. Rohrer (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVII, Heft 2 u. 3, novembre 1888).  
 De la suppuration aiguë et de l'inflammation des cellules mastoi-diennes; leur guérison par l'ouverture des cellules avec le ciseau sans trépanation de l'apophyse mastoïde, par Hessler (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVII, Heft 2 u. 3, novembre 1888, février et avril 1889).  
 Rapport sur le mouvement de la clinique otologique de l'Université royale de Halle du 1<sup>er</sup> janvier 1887 au 31 mars 1888, par Reinhard et Lu-dewig (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVII, Heft 2 u. 3, novembre 1888 et février 1889).  
 Caries du rocher et complications intra-crâniennes mortelles, par Körner (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVII, Heft 2 u. 3, novembre 1888).  
 Cas de surdi-mutité, par E. Berthold (Verein f. Wissensch. Heilk. zu Königsberg; in *Bertiner klin. Woch.*, 17 septembre 1888).  
 Maladie de Ménière, par V. Baginsky (*Bert. klin. Woch.*, 2 no-vembre 1888).  
 Abcès du cerveau et injections intra-auriculaires, par Hartmann (Soc. de méd. de Berlin, séance du 12 décembre 1888).  
 Recherches microscopiques sur l'oreille interne, par Katz (61<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands; in *Monats. f. Ohrenh.*, novembre 1888).  
 Guérison d'un cas de surdité par l'hypnotisme, par A. Krakauer (61<sup>e</sup> réunion des méd. et nat. allemands; in *Monats. f. Ohrenh.*, no-vembre 1888).  
 Catarrhe de l'oreille moyenne et son traitement, par Kessel (*Correspbl. des allg. Aertzl. Verein in Thüringen*, n° 7, 1888).  
 De l'excitabilité électrique du nerf auditif, par Benedikt (*Internat. klin. Rundschau*, 16 décembre 1888).  
 Traitement des corps étrangers de l'oreille, par F. Bezold (*Internat. klin. Rundschau*, 9 décembre 1888).  
 Les affections de l'oreille, par Eitelberg (*Wien. med. Presse*, 18 no-vembre 1888).  
 De l'acide lactique contre l'otite moyenne chronique suppurée, par J. Horrmann (*Therap. Monatshefte*, décembre 1888).  
 Diagnostic de la perforation du tympan, par Pins (*Wiener med. Woch.*, 30 décembre 1888).  
 Compte rendu de la section otologique du 61<sup>e</sup> congrès des médecins et naturalistes allemands, tenu à Cologne en septembre 1888, par E. Schmie-gelow (*Arch. f. Ohrenh.*, février 1889).

Des origines du furoncle, par E. Schimmelbusch (*Arch. f. Ohrenh.*, février 1889).

Hyperesthésie du nerf acoustique, par Kiesselbach (*Monats. f. Ohrenh.*, janvier 1889).

Anatomie politzer de l'oreille, par A. Politzer (Soc. imp. roy. des méd. de Vienne, séance du 13 février; in *Allg. Wiener Zeit.*, 19 février 1889).

Otite moyenne suppurée, par L. Jacobson (Soc. de méd. de Berlin, séance du 13 février; in *Berlin klin. Woch.*, 11 mars 1889).

Cholestéatomes du rocher, par Virchow (Soc. de méd. de Berlin, séance du 2 février; in *Berlin. klin. Woch.*, 18 mars 1889).

Fonction du labyrinthe, par C. Bruchner (*Arch. f. Path. Anat. und Physiol.*, Band CXIV, 2).

Pathogénie des lésions intra-crâniennes consécutives aux otites, par E. Hoffmann (*Deuts. med. Woch.*, n° 10, 1889).

De la dureté progressive de l'ouïe; son traitement par la section du tenseur du tympan, par R. Cholewa (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, 1889).

Cancer de l'oreille, par Gorham Bacon (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, 1889).

Un cas d'exostose du conduit auditif externe. Opération, par Heiman (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, 1889).

Pathologie de l'oreille moyenne, par Kirchner (*Münch. med. Woch.*, 22 janvier 1889).

De la maladie de Ménière, par Nothnagel (*Allg. Wiener med. Zeit.*, 19 février 1889).

Un cas d'otite moyenne suppurée avec complications crâniennes, par P. Styx (*Zeits. f. Ohrenh.*, Band XIX, 1889).

Cas d'inflammation aiguë de l'oreille moyenne occasionnée par le diplococcus pneumoniae, par E. Zaufal (*Prager med. Wochens.*, 6 février 1889).

Processus métastatique à la suite de l'otite moyenne, par S. Szenes (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, Band XLIV, n° 1, 1889).

Contributions à l'épreuve de l'ouïe, par L. Jacobson (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 1 u. 2, avril 1889).

Compte rendu de la section otologique de l'Association médicale britannique, session tenue à Glasgow, les 8, 9 et 10 août 1888, par Th. Barr (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 1 u. 2, avril 1889).

Compte rendu du IV<sup>e</sup> congrès international d'otologie tenu à Bruxelles du 10 au 14 septembre 1888, par F. Rohrer (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 1 u. 2, avril 1889).

Sur l'application de quelques nouveaux procédés en otologie, par F. Kretschmann (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 1 u. 2, avril 1889).

Un nouveau cas d'hémorragie auriculaire périodique per le tympan imperforé chez une hystérique, par G. Gradenigo (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 1 u. 2, avril 1889).

De la dissection anatomique et histologique de l'organe de l'ouïe chez l'homme à l'état normal et à l'état de maladie, par A. Politzer (F. Enke, éditeur, Stuttgart, 1889).

Contribution à l'étude des réflexes auriculaires dépendant de l'agglomération de cérumen dans le conduit auditif externe, par J. Herzog (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mai 1889).

### Larynx et Trachée.

† Du tampon trachéal, par J. Palmié (*Berlin. klin. Woch.*, 13 et 29 août et 24 septembre 1888).

† Anatomie, physiologie et pathologie des muscles du larynx, par Je-leaffy (*Berlin. klin. Woch.*, 29 et 27 août et 3 septembre 1888).

- + Un cas de carcinome secondaire infectieux du larynx, par Landgraf (*Charité-Annalen*, Berlin, 1888).
- + Traitement local de la tuberculose laryngée, par Gottstein (*Breslauer Aerzte Zeitsch.*, n° 13, 1888).
- + Sténose granuleuse après la trachéotomie, par Schneider (*Breslauer Aerzte Zeitsch.*, n° 9, 10, 11, 12 et 13, 1888).
- + Sur le tamponnement trachéal, par Michael (*Berlin. klin. Woch.*, 10 septembre 1888).
- + Contribution à l'étude du développement des muscles du larynx, par G. Strazza (*Medizin. Jahrb.*, Heft 4, 1888).
- + Tubage du larynx, par Graser (*Münch. med. Woch.*, 18 septembre 1888).
- + Nouvel électrode double du larynx avec courant interrompu et renversement du courant, par Grünewald (*Münch. med. Woch.*, 28 août 1888).
- + Preuves anatomiques de guérison de tuberculose du larynx, par T. he-ryng (Cong. polnischer Aerzte zu Lemberg; in *Wien. med. Presse*, 26 août 1888).
- + Diagnostic et traitement de la syphilis laryngée, par Oltuszewski (Cong. polnischer Aerzte zu Lemberg; in *Wien. med. Presse*, 9 septembre 1888).
- + Traitement de la phthisie laryngée, par A. Rosenberg (*Therap. Monats.*, n° 9, 1888).
- + Diphthérie chronique et périchondrite du larynx chez les enfants, par Jacobowitsch (*Arch. f. Kinderh.*, Band X, n° 1, 1888).
- + Mesures préventives contre les attaques de suffocation se produisant après la trachéotomie dans le croup, par Piniazeck (*Arch. f. Kinderh.*, Band X, n° 1, 1888).
- + Contribution à la connaissance des formes précoces de syphilis laryngée, par A. Pollak (*Monats. prakt. Dermat.*, n° 7, 1888).
- + Enrouement durant depuis vingt-huit ans; suffocation datant de cinq ans; papillomes multiples; fissure du larynx; guérison complète, par J. Sommerbrodt (*Berlin. klin. Woch.*, 15 octobre 1888).
- + Présentation d'un malade guéri par la résection du larynx, par Trendelenburg (Med. Sect. der Med. Gesells. f. Nat. und Heil. in Bonn, 19 mars; in *Berlin. klin. Woch.*, 15 octobre 1888).
- + Contribution à l'anatomie des cordes vocales, par B. Fränkel (Berlin. med. Gesells., 11 juillet; in *Berlin. klin. Woch.*, 22 octobre 1888).
- + Laryngocèle, par Madelung (Sect. Chir. der 61. Nat. Versam. in Berlin. klin. Woch., 22 octobre 1888).
- + Fissure du larynx, par Hoffa (Sect. Chir. der 61. Nat. Versam.; in *Berlin. klin. Woch.*, 22 octobre 1888).
- + Présentation d'un cas de guérison de cancer du larynx et de préparations d'un second cas, par E. Küster (Berliner med. Gesells., séance du 31 octobre; in *Berlin. klin. Woch.*, 19 novembre 1888).
- + Paralysie des muscles crico-aryténoïdiens postérieurs par un cancroïde de ces muscles, par Aufrecht (*Deuts. Arch. f. klin. Med.*, n° 2 et 3, 1888).
- + Sur les néoplasmes de la muqueuse des voies respiratoires, par C. M. Hopmann (*Prager med. Woch.*, 19 septembre 1888).
- + Innervation du muscle crico-aryténoïdien, par Exner (*Deuts. med. Zeitung*, 22 octobre 1888).
- + Curette rotatoire pour le larynx, par G. Scheff (*Allg. Wien. med. Zeitung*, 25 septembre 1889).
- + Sur la syphilis du larynx, par Grabower (*Deuts. med. Wochens.*, septembre 1888).
- + Extirpation des tumeurs bénignes du larynx, par J. Guerra (Bonn, 1888).
- + Un cas de paralysie de la corde vocale gauche dans le cours d'une péricardite, par Landgraf (*Charité-Ann.*, XIII, 1888).
- + Sur les altérations de la voix, par C. Michel (*Allg. Wien. med. Zeitung*, 30 octobre 1888).
- + Sur des cas curieux d'atrophie musculaire progressive, amenés par

- + lésions des muscles de l'œil et du larynx, par Oppenheim (*Charité-Ann.*, XIII, 1888).
- + Canule trachéale pour les scrofuleux, par Salzer (*Wien. med. Woch.*, n° 29, 1888).
- + Extirpation totale du larynx; réapparition de la voix, par H. Schmidt (*Wien. med. Presse*, 28 octobre 1888).
- + Contribution à l'étude du traitement endo-laryngé du cancer du larynx, par J. Schnitzler (*Internat. klin. Rundschau*, 4 novembre 1888).
- + De la fréquence du cancer du larynx, par Grimme (*Inaug. Dissert.*, Munich, 1888).
- + Nouvelle lampe incandescente destinée à l'éclairage du larynx, par Hopmann (61<sup>e</sup> Congrès des nat. et méd. allemands, sect. de laryng., Cologne, 1888).
- + Un cas de toux nerveuse chez un jeune garçon de 15 ans, par P. Koch (61<sup>e</sup> Congrès des nat. et méd. allemands, section de laryngol., Cologne, 1888).
- + Papule syphilitique du larynx, par Michelson (Verein. f. Wissensch. Heilkunde zu Königsberg; in *Berlin. klin. Woch.*, 17 septembre 1888).
- + Du tamponnement de la trachée, par C. Langenbuch (*Berlin. klin. Woch.*, 29 octobre 1888).
- + Casuistique des corps étrangers du larynx, par V. Koehler (*Berlin. klin. Woch.*, 5 novembre 1888).
- + L'éclairage du larynx et des autres cavités du corps humain, par Vol-  
tolini (*Monats. f. Ohrenh.*, novembre 1888).
- + Résultats définitifs des opérations pratiquées sur le larynx, par Hahn (*Arch. f. klin. Chir.*, Band XXXVIII, 3, p. 522, 1888).
- + Carcinome du larynx, extirpation de la moitié malade du larynx, mort, par R. Kayser (*Deuts. med. Woch.*, n° 43, 1888).
- + Extirpation partielle du larynx, par M. Scheider (*Deuts. med. Woch.*, n° 43, 1888).
- + Corps étrangers des voies respiratoires, par Leyden et P. Guttmann (Soc. de med. int. de Berlin, séance du 17 décembre 1888; in *Berlin. klin. Woch.*, 5 janvier 1889).
- + Quelques agglutinations du larynx de l'embryon, par F. Putelli (*Medizin. Jahrbücher*, Heft 1, 1888).
- + La chirurgie du larynx et de la trachée, par Billeter (*Thèse de Zurich*, 1888).
- + Le traitement des sténoses du larynx d'après la méthode de Schroetter, par A. Thost (*Berlin. klin. Woch.*, 28 janvier et 11 février 1889).
- + Le cancer du larynx, son diagnostic et son traitement, par B. Fraenkel (*Deuts. med. Woch.*, 3 et 10 janvier 1889).
- + Des soins à donner après la trachéotomie, par Herold (*Münch. med. Woch.*, 1<sup>er</sup> janvier 1889).
- + De la tuberculose du larynx, son traitement et sa guérison, par Keimer (*Deuts. med. Woch.*, 3, 16 et 29 décembre 1888).
- + Un cas d'hémorrhagie de la muqueuse laryngienne dans le cours d'un catarrhe chronique du larynx, par Pleskoff (*Münch. med. Woch.*, 4 décembre 1888).
- + De la paralysie des nerfs récurrents, par Schech (*Münch. med. Woch.*, 18 décembre 1888).
- + Des tumeurs des cartilages du larynx, par F. Putelli (*Medizin. Jahrb.*, Heft 7, Vienne, 1889).
- + Sténose syphilitique de la trachée et des bronches, par A. Sokolowski (*Berlin. klin. Woch.*, 11 mars 1889).
- + Sur la pathologie des affections sous-muqueuses du larynx, par Jürgensmeyer (*Berlin. klin. Woch.*, 18 mars 1889).
- + Cancer du larynx, extirpation, guérison persistante avec remarques sur la statistique de Morell Mackenzie, par Schade (*Deuts. med. Woch.*, 24 janvier 1889).



- + Signes et traitement du cancer primitif du larynx par Sokolowski (*Internat. klin. Rundschau*, 3 mars 1889).
- + Un cas de malformation de la trachée chez un homme, par E. Chiari (*Wien. med. Presse*, 20 février 1889).
- + Rectifications et notes complémentaires sur les statistiques de sir Morrell Mackenzie, au sujet de l'extirpation totale du larynx, par Krajewski (*Deuts. med. Woch.*, 24 janvier 1889).
- + Recouvrement de la voix dans un cas d'extirpation totale du larynx, par Lando s et Strübing (*Archiv f. klin. Chirurgie*, n° 1, 1889).
- + Emploi de la lumière électrique en laryngologie et en rhinologie, par Roth (*Wien. med. Presse*, 10 mars 1889).
- + De l'aphonie et de son traitement par l'hypnotisme et la suggestion, par Schnitzler (*Internat. klin. Rundschau*, 10 mars 1889).
- + De l'éclairage du larynx, par Seifert (*Münch. med. Woch.*, 5 février 1889).
- + Transformation des tumeurs bénignes en tumeurs malignes à la suite d'opérations intra-laryngées, par F. Semon (*Internat. Centralbl. f. Laryngol.*, février 1889).
- + Le muscle erico-thyroïdien, par Kiesselbach (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mars 1889).
- + De la trachéotomie dans les sténoses granuleuses de la trachée, par T. Kostlin (*Beitrag zur klin. Chir. von P. Bruns*, Band IV, n° 2, 1889).
- + Des maladies du larynx dans le typhus abdominal, par Landgraf (Soc. laryngol. de Berlin, séance du 15 mars; in *Berliner klin. Woch.*, 8 avril 1889).
- + Corps étranger de la trachée, par Leyden (Soc. de méd. interne de Berlin, séance du 1<sup>er</sup> avril 1889).
- + Deux cas remarquables de paralysie des cordes vocales, par Martius (Soc. laryngol. de Berlin, séance du 5 avril; in *Berliner klin. Woch.*, 29 avril 1889).
- + Extirpation du larynx dans un cas de cancer, par Roser (Congrès de méd. interne, Wiesbaden, avril 1889).
- + Une nouvelle méthode expérimentale des muscles et des nerfs laryngiens, par A. Onodi (*Berlin. klin. Woch.*, 6 mai 1889).
- + Cancer du larynx, par von Bergmann et Hahn (XVIII<sup>e</sup> Congrès de la Soc. allemande de chirurgie, avril 1889).
- + Origine de la trachéosténose chez les enfants trachéotomisés, par W. Fleiner (*Arch. f. Path. Anat. und Phys.*, Band CXVI, 1, 1889).
- + De la trachéotomie, par Hildebrandt (*Deuts. med. Woch.*, n° 13, 1889).
- + De l'emploi de l'électrolyse pour les opérations des voies aériennes supérieures, par R. Kafemann (16 pages, chez J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1889).
- + Nouvelle contribution à la casuistique des corps étrangers des voies aériennes, par G. Juffinger (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., avril 1889).
- + Un cas d'aryrie commune et de cancer du larynx, par A. Onodi (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., avril 1889).
- + Statistique sur la laryngo-fissure, par Becker (*Münch. med. Woch.*, 16 avril 1889).
- + Hémorragies mortelles consécutives à la trachéotomie, par Ganghofner (*Prager med. Woch.*, 17 avril 1889).
- + Traitement de la tuberculose laryngée par l'acide lactique, par Golyn (*Prager med. Woch.*, 24 avril 1889).
- + Des nouveaux traitements de la tuberculose laryngée, par H. Krause (*Internat. klin. Rundschau*, 28 avril 1889).
- + Des paralysies récurrentes, par Pleskoff (*Dissert. Inaug.*, Heidelberg, 1889).
- + De la laryngite hémorragique, par Rethi (*Int. klin. Rundschau*, 12 mai 1889).

- + Contribution à l'étude de la tuberculose laryngée, par Ringk (*Deuts. med. Zeits.*, 28 mars 1889).
- + De la trachéotomie dans la phthisie laryngée, par Seifert (*Münch. med. Woch.*, 2 avril 1889).
- + Fibrome du larynx, par Strübing (*Deuts. med. Woch.*, n° 13, 1889).
- + Trachéotomie dans le croup, par Wollenweber (*Münch. med. Woch.*, n° 11, 1889).
- + De l'insuffisance des canules d'aluminium après la trachéotomie, par Zaleski (*Intern. klin. Rund.*, 5 mai 1889).
- + Un cas de carcinome du larynx, par Leyden (*Deuts. med. Woch.*, 9 mai 1889).
- + Retrécissement du larynx, par Juffinger (Soc. imp. roy. des méd. de Vienne, séance du 24 mai 1889).
- + Les premières opérations pratiquées par la bouche dans le larynx, avec l'éclairage au dehors, par Voltolini (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mai 1889).
- + Diagnostic du cancer du larynx, par Beschorner (*Monats. f. Ohrenheilkunde*, etc., mai 1889).

### Nez.

- + Tumeur des tubercules quadrijumeaux. Hydrocéphalie. Ecoulement des liquides cérébraux, par Nothnagel (*Wiener med. Blätter*, n° 6 et 8, 1888).
- + Les bactéries dans le coryza chronique aigu et dans l'ozène, et leurs rapports avec ces maladies, par Hajek (*Berlin. klin. Woch.*, 13 août 1888).
- + Application du thermo-cautère à la place du galvano-cautère dans les maladies du nez, par Krieg (*Wurtemb. med. Corresp.*, n° 20, 1888).
- + Sténose congénitale du nez, par Hopman (*Laengebeck's Arch.*, Band XXXVI, Heft 2, 1888).
- + Diminution du champ visuel dans les maladies du nez et des cavités voisines, par Ziem (*Berlin. klin. Woch.*, 10 septembre 1888).
- + Sur une forme particulière d'inflammation des cornets du nez, par L. von Schrötter (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., août 1888).
- + Nouvelle méthode opératoire des polypes naso-pharyngiens, par Baracz (*Wien. med. Presse*, n° 35, 1888).
- + Le menthol dans la diphthérie nasale, par R. Cholewa (*Therap. Monatsch.*, n° 6, 1888).
- + Un nouveau spéculum nasal, par R. Cholewa (*Deuts. med. Woch.*, n° 30, 1888).
- + Hypertrophie de l'extrémité postérieure des cornets, par R. Cholewa (*Zeits. f. Ohrenh.*, septembre 1888).
- + De la blennorrhée lacrymale dans les maladies du nez, par Gruhn (*Münch. med. Woch.*, n° 27, 1888).
- + Le micrococcus du coryza contagieux des chevaux, par Poels (*Fortschritte der Med.*, n° 1, 1888).
- + Rhinosclérome, par P. Dittich (*Viertelj. f. Derm. und Syph.*, Heft 2, 1888).
- + Trois cas de rhinosclérome, par Stukowenkow (*Viertelj. f. Derm. und Syph.*, Heft 3, 1888).
- + Guérison d'un cas de maladie de Basedow à la suite de l'amélioration d'une affection nasale, par Hopman (*Berlin. klin. Woch.*, 15 octobre 1888).
- + Un cas de restauration du nez, par Kemperdick (Section de chir. du LXI<sup>e</sup> Congrès des méd. et nat. allemands, B-nn, 1888).
- + Sur le rapport des cellules de la muqueuse pituitaire chez les poulets, au commencement de la vie embryonnaire, par Ferruccio Putelli (*Med. Jahrb.*, Heft 5, 1888).

- + Contribution à la casuistique de l'empyème des sinus frontaux, par W. Schutter (*Monats. f. Ohrenh.*, octobre 1888).
- + Kyste dermoïde de l'antre d'Highmore, par Doerner (*Dissert. Inaug.*, Strassbourg, 1888).
- + L'huile de térébenthine comme stryptique dans les épistaxis graves, par Ernyei (*Orvosi Heti Szemle*, n° 12, 1888).
- + Aprosxie consécutive à des lésions nasales, par Guye (*Deuts. med. Woch.*, n° 49, 1888).
- + Communications sur les suites éloignées des lésions nasales, par Guye (*Deuts. med. Woch.*, 4 octobre 1888).
- + Deux cas d'empyème de l'antre d'Highmore, traités par l'opération de Mickulicz, par Link (*Wiener med. Woch.*, n° 31, 1888).
- + Tumeurs adénoïdes du nez et du pharynx nasal, par R. Panse (Halle, 1888).
- + De la cocaïne dans les épistaxis consécutives aux accès d'éternuements, par Ziem (*Deuts. med. Woch.*, n° 40, 1888).
- + De l'opération des polypes situés dans l'arrière-cavité des fosses nasales, par V. Lange (LXI<sup>e</sup> Congrès des nat. et méd. allemands, section de laryng., Cologne, 1888).
- + Nouveau trepan de petit calibre propre à l'exploration chirurgicale de l'antre d'Highmore, par Tornwald (LXI<sup>e</sup> Congrès des nat. et méd. allemands, section de laryng., Cologne, 1888).
- + Mélano-sarcome alvéolaire de la cloison des fosses nasales, par Heymann (LXI<sup>e</sup> Congrès des nat. et méd. allemands, section de laryng., Cologne, 1888).
- + Pince pour l'opération des végétations adénoïdes, par Jacobi (LXI<sup>e</sup> Congrès des med. et nat. allemands, section de laryng., Cologne, 1888).
- + Diagnostic et traitement des affections de l'antre d'Highmore, par Moritz Schmidt (*Berlin. klin. Woch.*, 10 décembre 1888).
- + Un cas de fibrome des fosses nasales, par Michelson (Verein f. Wissensch. Heilk. zu Königsberg; in *Berlin. klin. Woch.*, 17 septembre 1888).
- + Etiologie de la selle du nez, par Michelson (Verein f. Wissensch. Heilk. zu Königsberg; in *Berlin. klin. Woch.*, 17 septembre 1888).
- + Kyste dermoïde du nez, par Bramann (Berliner med. Gesellsch., 5 décembre; in *Berlin. klin. Woch.*, 24 décembre 1888).
- + Contribution à la méthode des rhinoplasties totales et partielles, par Helferich (*Arch. f. klin. Chir.*, n° 3, 1888).
- + Contenu muqueux des polypes du nez, par Kiesselbach (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., décembre 1888).
- + Des lombrics des fosses nasales, par Jelenffy (*Berlin. klin. Woch.*, 7 janvier 1889).
- + Malformation du nez, par Wolff (Soc. de méd. de Berlin, séance du 10 janvier 1889).
- + Sur le traitement des suppurations des cavités voisines du nez, en particulier du sinus maxillaire, par M. Bresgen (*Berlin. klin. Woch.*, 28 janvier 1889).
- + Un cas de tuberculose de la muqueuse nasale, par Hajek (*Internat. klin. Rundschau*, 23 décembre 1888).
- + De l'écoulement de mucus par le nez d'origine nerveuse, sa relation avec les affections des organes sexuels, par Peyer (*Munch. med. Woch.*, 15 janvier 1889).
- + Kyste dermoïde du nez, par L. Wille (*Allg. Wien. med. Zeitung*, 18 décembre 1888).
- + De l'opération des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par A. Kraukauer (*Berlin. klin. Woch.*, 4 février 1889).
- + De l'inoculation du rhinosclérome chez les animaux, par E. M. Stephanow (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., janvier 1889).
- + Une méthode d'exploration modifiée de la cavité nasale et du larynx, par K. Wohsen (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., janvier 1889).

- + Empyème de l'antre d'Highmore, par Küster (Soc. de méd. de Berlin, séance du 13 février; in *Berlin. klin. Woch.*, 11 mars 1889).  
 + Un cas de méningite suppurée à la suite d'un polype sarcomateux ulcéreux du nez, par Ortmann (Verein. f. Wissensch. Heilk. zu Königsberg, 17 décembre 1888; in *Berlin. klin. Woch.*, 11 mars 1889).  
 + Diagnostic et traitement des affections de l'antre d'Highmore, par Ziem (*Berlin. klin. Woch.*, 18 mars 1889).  
 + Du lavage de l'antre d'Highmore, par Jelenffy (*Berlin. klin. Woch.*, 18 mars 1889).  
 + Un cas de fibrome mou du cornet nasal inférieur combiné avec une otite moyenne hypertrophique, par B. Gomperz (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., février 1889).  
 + De la rhinoscopie postérieure, par J. Dionisio (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., février 1889).  
 + De ma méthode d'éclairage, par R. Voltolini (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., février 1889).  
 + Traitement des suppurations de l'antre d'Highmore, par A. Barth (*Deuts. med. Woch.*, 21 février 1889).  
 + Contribution à l'étude du traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore, par L. Bayer (*Deuts. med. Woch.*, 7 mars 1889).  
 + De la rhinite pseudo-membraneuse primitive, par Bischofswerder-Schloppe (*Arch. f. Kinderheilk.*, n° 2, 1889).  
 + Extraction sans hémorrhagie d'un polype du nez. Hémorrhagie cinq jours après; tamponnement avec de la gaze iodoformée; guérison, par M. Braun (*Internat. klin. Rundschau*, 17 mars 1889).  
 + Du vertige nasal, par Brügelmann (*Therap. Monatshefte*, n° 2, 1889).  
 + Corps étrangers du nez, par Dodd (*Munch. med. Woch.*, 12 mars 1889).  
 + Traitement de l'ozène, par Ebstein (*Deuts. med. Woch.*, n° 6, 1889).  
 + Cholestéatome du sinus frontal guéri par la trépanation, par Weinlechner (*Wien. klin. Woch.*, n° 7, 1889).  
 + Des modifications de la face dans les maladies du nez, par Ziem (*Deuts. med. Woch.*, 31 janvier 1889).  
 + Un cas de rhinosclérome, par G. Bojew (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., mars 1889).  
 + Diagnostic et thérapeutique des névroses réflexes d'origine nasale, par J. Scheinmann (*Berlin. klin. Woch.*, 8 et 15 avril, 6, 13 et 27 mai 1889).  
 + Un instrument pour le traitement des végétations adénoïdes du pharynx nasal, par Corrado Corradi (*Arch. f. Ohrenh.*, Band XXVIII, Heft 1 u. 2, avril 1889).  
 + Nature de l'ozène, par Schuchardt (XVIII<sup>e</sup> Congrès de la Soc. allemande de chirurgie, Berlin, avril 1889).  
 + Rhinite fibrineuse, par Seifert (Congrès de méd. interne, Wiesbaden, 18 avril 1889).  
 + Deux cas de rhinosclérome, par Rydigier (XVIII<sup>e</sup> Congrès de la Soc. allem. de chir., Berlin, 26 avril 1889).  
 + Obliquité nasale due à une déformation de la voûte osseuse du nez. Opération, par Trendelenburg (XVIII<sup>e</sup> Congrès de la Soc. allem. de chir., Berlin, 26 avril 1889).  
 + Six cas de fibromes du nez, observés et opérés à la clinique chirurgicale de Göttingue, par Heitmann (*Dissert. inaug.*, Göttingue, 1889).  
 + Remarques sur le sinus s'ouvrant dans les fosses nasales, par J. Neumann (*Allg. Wien. med. Zeit.*, 19 mars 1889).  
 + Un cas de rhinoplastie partielle, par Pilz (*Wien. klin. Woch.*, n° 12, 1889).  
 + Du rhinosclérome, par Wolkowitsch (*Arch. f. klin. Chir.*, n° 2, 1889).  
 + Tumeur nasale, par Lang (Soc. imp. roy. des méd. de Vienne, 15 février 1889).  
 + Réponse à l'article du Dr Bayer sur le traitement de l'empyème de

- + l'antre d'Highmore, par B. Fraenkel (*Deuts. med. Woch.*, n° 16, 1889).
- + Ulcération syphilitique du naso-pharynx, par Sidlo (Soc. imp. roy. des méd. militaires de Vienne, 6 janvier 1889).
- + Technique de la rhinoplastie, par Czerwinski (*Centralbl. f. Chir.*, n° 8, 1889).

### Pharynx et Varia.

- + De l'emploi du cathétérisme à demeure dans les rétrécissements de l'œsophage, par Renvers et Waetzoldt (*Deuts. med. Woch.*, n° 15, 1888).
- + Absès tuberculeux de l'arrière-paroi du pharynx, par Israel (Ges. der Charité Aerzte in Berlin, 1<sup>er</sup> mars; in *Berlin. klin. Woch.*, 13 août 1888).
- + Bourse pharyngienne et amygdale pharyngienne, par M. Schaeffer (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., août 1888).
- + Infection syphilitique extra-génitale. Un cas de chancre de l'amygdale, par O. Petersen (*Monatsh. f. prakt. Dermatol.*, Band VII, n° 7, 1888).
- + Carcinome de l'œsophage. Œsophagotomie externe. Fistule œsophagienne, par Alsberg (*Deuts. med. Woch.*, 13 septembre 1888).
- + Sur l'origine de la péri-amygdalite. Remarques sur la péri-chondrite du larynx, par Ziem (*Monats. f. Ohrenh.*, septembre 1888).
- + Sur la langue noire, par Brosin (*Monats. f. prakt. Dermat.*, Heft 1, 1888).
- + Sur l'extirpation du corps thyroïde, par A. Carle (*Cent. f. Phys.*, p. 213, 1888).
- + Structure et physiologie du corps thyroïde, par Biondi (Soc. de méd. de Berlin, séance du 31 octobre 1888).
- + Sur le zinc platiné dans les appareils électriques, par Broich (*Monats. f. Ohrenh.*, octobre 1888).
- + Affections de la glande thyroïde, par Fraenkel (*Deuts. med. Woch.*, n° 43, 1888).
- + Corps étrangers de l'œsophage, par A. Onodi (*Allg. Wien. med. Zeitung*, 30 octobre 1888).
- + Le catarrhe du recessus medius du pharynx (Bourse pharyngienne. Maladie de Tornwaldt), par R. Kafemann (Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1889).
- + Hémorrhagie grave à la suite du traitement, par la galvano-caustique, d'une amygdale hypertrophiée, par Werner (*Württemberg med. Corresp. Blat.*, n° 81, 1888).
- + Opérations d'abcès rétro-pharyngiens, par Sprengel (Jahresb. der Gesells. für Natur. und Heilk. in Dresden, 1888).
- + Un cas d'œsophagotomie par Rupprich (Jahresb. Natur. Gesells. für f. und Heilk. in Dresden, 1888).
- + Preparations de polypes fibreux de l'amygdale, par P. Koch, Jacobi et Heymann (LXI<sup>e</sup> Congrès des méd. et nat. allemands, section de laryng., Cologne, 1888).
- + Carcinome à la limite du pharynx et de l'œsophage étant venu saillir au-dessus du larynx, par Heymann (LXI<sup>e</sup> Congrès des méd. et nat. allemands, section de laryngol., Cologne, 1888).
- + Développement des amygdales, par Schwabach (*Arch. f. mik. Anat.*, Band XXXII, p. 187, 1888).
- + Corps étrangers de l'œsophage, par Stetler (Ver. f. Wissensch. Heilk. zu Königsberg; in *Berlin. klin. Woch.*, 17 septembre 1888).
- + Symptomatologie et thérapeutique de la maladie de Basedow, par Eulenbourg (*Berlin. klin. Woch.*, 7 janvier 1889).
- + Pathogénie de la diphthérie épidémique, avec atlas, par Oertel (Leipzig, 1888).
- + Le croup et ses rapports avec la diphthérie, par F. Minnich (Vienne).
- + Un cas de diphthérie du pharynx avec des hémorrhagies symétriques

de la peau et des viscères, par Ellenbogen (*Wien. med. Blätter*, n° 31, 1888).

Origine du poison diphthéritique, par Deichler (*Deuts. med. Zeitung*, 22 novembre 1888).

Recherches sur l'action antiseptique des substances employées contre la diphthérie, par F. Engelman (*Deuts. med. Woch.*, 13 novembre 1888).

Contribution à l'étude de la paralysie diphthéritique, par M. Fleisch (*Munch. med. Woch.*, 27 novembre 1888).

Communication sur la diphthérie, par S. Hajek (*Wien. med. Presse*, 13 janvier 1889).

Traitement de la diphthérie au moyen des insufflations de sucre pulvérisé, par C. Lorey (*Deuts. med. Woch.*, 13 novembre 1888).

Parasites encapsulés trouvés dans les membranes diphthéritiques chez l'homme, par Peters (*Munch. med. Woch.*, 1<sup>er</sup> janvier 1889).

Traitement de la diphthérie par la levure, par Riech (*Deuts. med. Zeitung*, 17 décembre 1888).

Traitement de la diphthérie, par Wachsmuth (*Prager med. Woch.*, 14 novembre 1888).

Traitement des corps étrangers du l'œsophage, par Salzer (*Wien. med. Presse*, 13 janvier 1889).

Une nouvelle méthode de traitement de la diphthérie épidémique, par A. Hennig (*Berlin. klin. Woch.*, 18 et 20 février 1889).

Du traitement de la maladie de Basedow, par Schott (XI<sup>e</sup> Congrès de balnéologie, tenu à Berlin le 1<sup>er</sup> mars; in *Berlin. klin. Woch.*, 18 mars 1889).

Traitement de l'amygdalite hypertrophique, par Portugallof (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, n° 1, 1889).

Un cas de séparation du palais osseux et membraneux et de la paroi postérieure du pharynx, par Schnitzler (*Int. klin. Runds.*, n° 1, 1889).

Différence entre l'angine diphthéritique et la diphthérie scarlatineuse, par Tchernajeff (*Wien. med. Presse*, n° 7, 1889).

Carcinome de l'œsophage, par Seiler (*Munch. med. Woch.*, 5 mars 1889).

Oesophagotomie et pleurotomie pour corps étrangers, par G. Fischer (*Deuts. Zeitsch. f. Chir.*, Band XXIX, n° 1, 1889).

Tuberculose de la langue, par B. Baginsky (Soc. de med. de Berlin, séance du 6 mars; in *Berlin. klin. Woch.*, 8 avril 1889).

Nouvelles recherches sur la fonction de la glande thyroïde, par J. R. Ewald (*Berlin. klin. Woch.*, 15 avril 1889).

Diagnostic et pathogénie des tumeurs malignes, en particulier de celles de la langue et des lèvres, par Esmarch (XVIII<sup>e</sup> Congrès de la Soc. allemande de chirurgie, Berlin, avril 1889).

Lymphosarcome de l'amygdale, par Schnitzler (Soc. imp. roy. des méd. de Vienne, séance du 12 avril 1889).

Corps thyroïde supplémentaire, par R. Wolf (XVIII<sup>e</sup> Congrès de la Soc. allemande de chirurgie, Berlin, avril 1889).

Carcinome du pharynx, par Korte (XVIII<sup>e</sup> Congrès de la Soc. allemande de chirurgie, Berlin, avril 1889).

Un second cas de pharyngo-mycose, par F. Siebenmann (*Monats. f. Ohrenh.*, etc., avril 1889).

Un cas d'hémiatrophie de la langue, par Limbeck (*Prager med. Woch.*, 17 avril 1889).

Un cas de phlegmon infectieux aigu du pharynx, par Lochner (*Munch. med. Woch.*, n° 11, 1889).

Méthode simple pour traiter la diphthérie, par Burghardt (*Internat. klin. Rundschau*, 14 avril 1889).

Du croup et de la diphthérie, par Koluko et Paltauf (*Wien. klin. Woch.*, n° 8, 1889).

Étiologie de la diphthérie, par Loeffler (*Deuts. med. Woch.*, n° 11, 1889).

- Corps étranger de l'œsophage, avec diverticule de cet organe, par Hoffmann (*Deuts. med. Woch.*, 9 mai 1889).
- + Carcinome de l'œsophage, par Klemperer (*Deuts. med. Zeits.*, 28 mars 1887).
- + Ingestion de pommes de terre dans les cas de corps étrangers de l'œsophage, par Kühn (*Deuts. med. Zeits.*, 1889).
- + Des suites de l'extirpation de la glande thyroïde chez le chien, par Schwartz (*Dissert. Inaug.*, Dorpat, 1889).
- + Dilatation de l'œsophage, par Ewald (Soc. de méd. de Berlin, séance du 8 mai; in *Berlin. klin. Woch.*, 3 juin 1889).
- Statistiques de la diphthérie, par Brasch (*Deuts. med. Zeitung*, n° 17, 1889).
- + Des nouvelles méthodes d'opération des amygdales hypertrophiées, par Kafeman (*Deuts. med. Zeits.*, n° 23, 1889).
- + Dilatation par la laminaire des rétrécissements de l'œsophage, par Senator (Soc. de méd. int. de Berlin, séance du 3 juin 1889).
- + Troubles de la voix dus à des altérations légères du pharynx, par Michel (*Deuts. med. Woch.*, n° 20, 1889).

## NOUVELLES

---

### Congrès international d'otologie et de laryngologie, 1889.

#### PROGRAMME DU CONGRÈS.

Dimanche 15 septembre, à trois heures après midi, réunion de bienvenue au palais du Trocadéro.

Du lundi 16 au samedi 21, il y aura chaque jour une séance de matin de 9 heures à midi, et une de l'après-midi de 5 heures à 7 heures.

Jeudi 19, pas de séance.

Le lundi matin, à la première séance, le Congrès nommera le bureau, composé d'un président, de 4 vice-présidents, d'un secrétaire général, de 2 secrétaires adjoints et de vice-présidents étrangers.

Le samedi 21, les membres français du Congrès offriront un banquet à leurs confrères étrangers.

#### ADDITIONS AU RÈGLEMENT.

1. Les mémoires seront lus d'après l'ordre de leur envoi; pourtant le comité d'organisation se réserve la faculté de grouper ensemble les travaux traitant de faits analogues.

2. Ne seront lus que les mémoires des membres présents.

3. Les communications envoyées au Congrès et dont les auteurs seraient absents seront simplement mentionnées au compte rendu de la séance.

4. Les travaux annoncés après le 15 juillet ne pourront être lus qu'autant que la durée du Congrès le permettra.

5. Dans le cas où l'étendue d'un mémoire dépasserait les limites fixées pour l'impression, le bureau aura toujours le droit d'en demander un résumé ou d'en retrancher les parties les moins importantes.

6. M. le Dr Ménière est nommé trésorier du Congrès. Les cotisations devront lui être adressées, 3, place de la Madeleine, ou versées entre ses mains lors de la réunion du Congrès.

---



## COMMUNICATIONS ANNONCÉES

**Oreille.**

SUNE Y MOLIST (Barcelone). La trépanation de l'apophyse mastoïde normale ou saine, comme moyen de guérir la douleur dans les otites moyennes avec carie du temporal.

LÉVI (Paris). L'ostéopériostite externe primitive de l'apophyse mastoïde et l'inflammation purulente des cellules mastoïdiennes.

POLITZER (Vienne). Contribution à l'étude de l'anatomie normale et pathologique de la caisse du tympan (avec démonstrations).

BRONNER (Bradford). I. Notes sur l'injection de liquides dans l'oreille moyenne.—II. Démonstration de cathéters pour l'injection de liquides dans l'oreille moyenne.

DELIE (Ypres). Le salicylate de bismuth dans l'otorrhée.

GRADENIGO (Turin). Contribution à l'étude bactériologique de l'otite moyenne purulente.

BRÉBION (Lyon). Otite suppurée.

MOURE (Bordeaux). De la mobilisation de l'étrier.

MIOT (Paris). De la mobilisation de l'étrier.

LADREIT DE LACHARRIÈRE (Paris). Des altérations de la chaîne des osselets; leur étiologie et leur traitement.

LEWENBERG (Paris). Méthode pour mesurer la mobilité et l'élasticité de l'appareil tympanique.

HERMET (Paris). Syphilis de l'oreille.

LANNOIS (Lyon). Le téléphone et les affections de l'oreille.

LICHTWITZ (Bordeaux). L'emploi du nouveau phonographe d'Edison comme acoumètre universel.

SUAREZ DE MENDOZA (Angers). Sur le traitement des obstructions de la trompe d'Eustache.

CALMETTES (Paris). La thérapeutique de l'oreille devant l'état actuel de la rhinologie.

GELLÉ (Paris). Des lésions du mur de la logette des osselets.

TURNBULL (Philadelphie). De la pilocarpine dans les maladies de l'oreille.

LEWENBERG (Paris). Contribution au traitement de la sclérose auriculaire.

DELSTANCHE (Bruxelles). Présentation de quelques instruments relatifs à l'otologie.

NOQUET (Lille). Contribution à l'étude du vertige dans l'otite moyenne chronique simple.

GRADENIGO (Turin). I. Le pavillon de l'oreille au point de vue anthropologique (avec démonstrations de préparations anatomiques et en cire). — II. Résultats d'une étude statistique sur la fréquence et la gravité des maladies de l'oreille. — III. Les lésions anatomiques de l'organe de l'ouïe dans les affections endocrâniennes en général et dans les diverses formes de méningites (avec démonstration de préparations histologiques).

BOUCHERON (Paris). Épithéliums sécréteurs des humeurs de l'oreille interne.

ROHRER (Zurich). Résultats de ses recherches sur les bactéries du cérumen. — Démonstrations et préparations du labyrinthe des oiseaux.

#### Nez.

HERYNG (Varsovie). Diagnostic et traitement de l'empyème de l'antre d'Highmore et de la cavité sphénoïdale.

SCHEFF (Vienne). Empyème de l'antre d'Highmore.

MOURE (Bordeaux). Sur une affection peu connue des fosses nasales.

BOTEY (Barcelone). De la structure des polypes muqueux des fosses nasales.

SCHIFFERS (Liège). De la transformation anatomo-pathologique des myxomes du nez.

HOPMANN (Cologne). Remarques sur la notion d'épithélioma avec communication de cas rares d'épithélioma de sa clientèle.

GORIS (Bruxelles). Névropathies réflexes d'affections nasales.

LICHTWITZ (Bordeaux). Contribution à l'étude des névroses réflexes d'origine nasale et pharyngée.

LUBET-BARBON (Paris). Rapports des altérations de la muqueuse nasale avec certaines affections de l'œil.

JOAL (Mont-Dore). Sur certains phénomènes de ménopause d'origine génito-nasale.

SCHWENDT (Bâle). Atrésie congénitale osseuse des choanes opérée au galvano-cautère.

HOPMANN (Cologne). Cas d'étroitesse anormale des choanes et rapprochement anormal des pavillons tubaires.

POTIQUET (Paris). Sur l'ozène.

GAREL (Lyon). De l'électrolyse dans les obstructions nasales par épaissement de la cloison.

WAGNIER (Lille). Observation de lupus de la membrane pituitaire.

SPICER (Londres). Fièvre des foins et conditions similaires alliées.

### **Larynx.**

SCHNITZLER (Vienne). Aphorismes sur le diagnostic, le pronostic et le traitement de la phtisie laryngée.

ÉGIDI (Rome). Tubage et trachéotomie (études comparatives). Nouvel instrument pour remplacer la canule dans la trachéotomie.

CHARAZAC (Toulouse). Valeur comparée de la trachéotomie et de la laryngotomie intercrico-thyroïdienne.

KOCH (Luxembourg). Trachéotomie chez les phthisiques ; indications et contre-indications.

BRYSON-DELAN (New-York). Trachéotomie modifiée.

MOURA (Paris). Genèse et ordre de la succession des vibrations glottiques.

CHERVIN (Paris). Classification des troubles de la parole.

ABATE (Catane). Chorée vocale primitive.

MASSEI (Naples). I. Contribution à l'étude des névrites primaires du tronc du récurrent. II. Diagramme des lésions fonctionnelles des cordes vocales. III. Considérations sur certains cas de corps étrangers dans la trachée.

CARTAZ (Paris). Des paralysies laryngées.

SCHIFFERS (Liège). Fistules branchiales.

MOURA (Paris). Voix et registres.

MORITZ (Manchester). Phthisie laryngée traitée par l'iodate de calcium.

BOTEY (Barcelone). Le bacille de Koch comme élément de diagnostic dans la tuberculose du larynx.

GOUGUENHEIM (Paris). I. Papillome et tuberculose du larynx.  
— II. Prolapsus du ventricule de Morgagni et tuberculose du larynx.

LUC (Paris). Cas de tuberculose laryngée à forme scléreuse.

DE LAMALLERÉE (Vichy). Traitement de la laryngite chronique par le gaz acide carbonique à Vichy.

CARTAZ (Paris). Syphilis tertiaire du larynx.

NICOLAI (Milan). Électrostatique dans la laryngologie.

### Pharynx.

BRÉBION (Lyon). Pharyngite et pharyngo-laryngite chronique, et de leur traitement.

GELLÉ (Paris). Écouvillonnage du rétro-pharynx. (Présentation d'instruments.)

MOURE (Bordeaux). Amygdalectomie et hémorragies.

GOUGUENHEIM (Paris). Gommages du pharynx.

LAVRAND (Lille). Végétations adénoïdes et surdi-mutité.

FELICI (Rome). Conséquence rare des végétations adénoïdes.

MORITZ (Manchester). Nouvelles pinces pour le larynx et pour les végétations adénoïdes.

GOUGUENHEIM (Paris). Présentation d'instruments.

---

### Congrès international de Berlin.

Les soussignés ont l'honneur de porter à votre connaissance que, conformément à la délibération prise lors de la dernière session à Washington, dans la séance du 9 septembre 1887, le 40<sup>e</sup> Congrès médical international aura lieu à Berlin.

Le Congrès sera ouvert le 4 et clos le 9 août 1890.

Des communications détaillées, par rapport au programme, suivront sans délai ce premier avis, aussitôt que l'assemblée des délégués des facultés de médecine et des sociétés médicales

allemandes, convoquée au 17 septembre à Heidelberg, aura pris une décision définitive à ce sujet.

En attendant, nous venons recourir à votre obligeance, en vous priant de vouloir faire connaître dans vos cercles scientifiques le contenu de ce qui précède, et de leur transmettre en même temps une invitation courtoise de notre part.

VON BERGMANN. VIRCHOW. WALDEYER.

Bureau : Berlin, NW., Karlstrasse, 19.

---

### Congrès français de chirurgie.

La quatrième session du Congrès français de chirurgie se tiendra du 14 au 20 octobre 1889, à Paris, dans le grand amphithéâtre de l'École de médecine, sous la présidence de M. le baron Larrey.

Séance d'ouverture, lundi 14 octobre, à 2 heures.

### Questions à l'ordre du jour.

(Voir l'article 3 du Règlement.)

Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès :

- I. — Résultats immédiats et éloignés des opérations pratiquées pour les tuberculoses locales;
- II. — Traitement chirurgical de la péritonite;
- III. — Traitement des anévrysmes des membres.

---

Le Doyen de la Faculté de médecine de Montpellier nous envoie l'avis suivant.

### CONCOURS POUR L'ÉLOGE DU PROFESSEUR BOUISSON

M<sup>me</sup> veuve Bouisson s'étant départie de la jouissance d'un legs de cent mille francs fait par le professeur Bouisson à la Faculté de médecine de Montpellier, mais à la condition que les deux premières annuités de la rente de ladite somme serviraient à couronner les deux meilleurs travaux *Sur la Vie et les Œuvres de M. Bouisson*, la Faculté a pris la délibération suivante:

Art. 1<sup>er</sup>. — Un concours est ouvert devant la Faculté de médecine de Montpellier, ayant pour objet une étude *Sur la Vie et les Œuvres de M. Bouisson*.

Art. 2. — Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine.

Art. 3. — Deux prix sont institués pour la récompense des lauréats : le premier, de *six mille francs* ; le second, de *quatre mille francs*.

Art. 4. — Le concours sera clos le 1<sup>er</sup> avril 1890, et les manuscrits destinés au concours seront adressés avant cette date, terme de rigueur, à *M. le Doyen de la Faculté de médecine de Montpellier*.

Art. 5. — Les manuscrits seront rédigés en langue française, ne porteront ni signature ni aucun autre indice personnel, et seront simplement accompagnés d'une épigraphe qui sera reproduite sur un pli cacheté renfermant les noms et adresse de l'auteur.

Art. 6. — Dès la clôture du concours, M. le Doyen de la Faculté de médecine de Montpellier convoquera le Conseil à l'effet de nommer une Commission qui sera chargée d'examiner les manuscrits et de rédiger un Rapport sur leur mérite respectif. Ce Rapport sera lu dans une nouvelle séance, et le Conseil décernera alors les prix au scrutin secret.

Art. 7. — Les manuscrits non couronnés ne seront pas rendus, et les plis cachetés qui les accompagneront ne seront ouverts que sur la demande des auteurs.

---

Nous avons le regret d'apprendre à nos lecteurs la mort du Dr Paul Meyer, privat-docent de médecine interne à l'Université de Strasbourg. Le Dr Paul Meyer, qui n'était âgé que de trente-sept ans, était l'auteur de travaux de laryngologie très estimés.

---

VIN DE CHASSAING. Pepsine et diastase. Rapport favorable de l'Académie de médecine, mars 1864. Contre les affections des voies digestives.

BROMURE DE POTASSIUM granulé de Fallières. Approbation de l'Académie de médecine, 1871. Contre les affections du système nerveux. Le flacon de 75 grammes est accompagné d'une cuiller mesurant 50 centigrammes.

PHOSPHATINE FALLIÈRES. Aliment très agréable, permettant, chez les jeunes enfants surtout, l'administration facile du phosphate assimilable. Une cuillerée contient 50 centigrammes de phosphate.

SIROP ET GRANULES CROSNIER (Monosulfure de sodium inaltérable). Rapport favorable de l'Académie de médecine, août 1877. Phthisie, bronchites, catarrhes, laryngites ; maladies de la peau.

L'EAU DE LA BOURBOULE est éminemment reconstituante. Elle réussit dans tous les cas de bronchite chronique. En outre, les maladies de la peau cèdent à son usage en boisson, surtout si l'on y joint les compresses ou les lotions continuées avec quelque persévérance.

## OUVRAGES ENVOYÉS AUX ANNALES

---

Compte rendu de la 9<sup>e</sup> réunion des otologistes de l'Allemagne du Sud et de la Suisse, à Fribourg (Baden), en avril 1889, par le Dr E. BLOCH (Imp. Poppen, Fribourg, 1889).

Quelques cas de rhinosclérome du larynx, par G. STRAZZA. (Extrait de la *Gaz. méd. lomb.*, n° 2, Milan, 1889.)

Contribution à l'étude des corps étrangers des voies aériennes, par E. J. MOURE. (Comm. à la Soc. de méd. et chir. de Bordeaux. Chez Doin, Paris, 1889.)

Contribution à l'étude de l'emploi du menthol et du naphthol camphré en laryngologie, par F. NUGON. (Imp. H. Jouve, Paris, 1889.)

Goitre annulaire constricteur (Epithélioma du corps thyroïde). Thyroïdectomie totale. Tétanie. Cachexie strumiprive passagère, par Paul BERGER. (Extrait de la *France médicale*, nos 51-53, 1889.)

The Satellite of the Annual of the Universal sciences, par Ch.-E. SAJOUS. (F. A. Davis, éditeur, Philadelphie, mai 1889.)

Résultats des plus nouvelles méthodes de traitement de la tuberculose du larynx, par H. KRAUSE. (Tirage à part des *Comptes rendus du Congrès de médecine interne*, J. F. Bergmann, éditeur, Wiesbaden, 1889.)

Asthme. Analyse de 80 cas en rapport avec les affections locales des voies aériennes supérieures, par F. H. BOOSWORTH. (Extrait de *The Amer. journ. of the med. sciences*, sept. 1888.)

Paralysies laryngées et pharyngées, par F. H. BOSWORTH. (Extrait du *Journ. of Nervous and mental disease*, janvier 1889.)

L'électricité statique en laryngologie, par V. NICOLAÏ. (Extrait du *Bollett. della Pcliambulanza di Milano*, Milan, 1889.)

Le Gérant : G. MASSON.



